

ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019
FICHE PERSONNELLE ET CONFIDENTIELLE DE L'ÉLÈVE
FICHE URGENCE-SANTÉ

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE ET MILIEU FAMILIAL

Groupe classe :	Date de naissance :	Sexe : fille <input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/>
Nom :	Langue(s) parlée(s) à la maison :	
Prénom :	Dernière école fréquentée :	
Adresse et code postal :	CSDM <input type="checkbox"/> ou autre <input type="checkbox"/> précisez :	
Numéro de téléphone :	L'enfant fréquente-t-il le service de garde? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Utilise-t-il le transport scolaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	L'enfant fréquente-t-il le service de dîner? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
L'enfant a-t-il des frères et sœurs? Si ou, veuillez inscrire leur(s) prénom(s) ainsi que leur âge :		

L'enfant demeure avec : son père et sa mère sa mère seulement son père seulement autre

Nom et prénom de la mère :	Nom et prénom du père :
Adresse : même <input type="checkbox"/> ou :	Adresse : même <input type="checkbox"/> ou :
Téléphone : même <input type="checkbox"/> ou :	Téléphone : même <input type="checkbox"/> ou :
Téléphone au travail :	Téléphone au travail :
Langue(s) parlée(s) :	Langue(s) parlée(s) :
Adresse courriel :	Adresse courriel :

En cas d'urgence, à qui doit-on s'adresser (autre que parents ou tuteur)?

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone à domicile : Téléphone autre :	Téléphone à domicile : Téléphone autre :
Veuillez préciser qui est cette personne pour l'enfant :	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : _____

Important : Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école** (allergie, diabète, asthme ou autre).

Est-ce que l'élève présente un tel problème? Ou prend-il des médicaments? Oui, complété le verso Non

S'il-vous-plait **aviser l'école de tout changement** pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.

N.B. Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière scolaire et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

Signature du parent, tuteur

Date