

FICHE DE SANTÉ ET D'URGENCE 2025-2026

Nom de l'élève

Prénom

Groupe repère

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

L'enfant demeure avec : _____

Adresse 1 (cocher la case correspondante et inscrire l'adresse)		
Père et mère	☐	
Mère	☐	
Père	☐	
Tuteur	☐	

Adresse 2 (s'il y a lieu, cocher la case correspondante et inscrire l'adresse)		
Père et mère	☐	
Mère	☐	
Père	☐	
Tuteur	☐	

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE

Parent

Nom, prénom : _____

Domicile : _____

Cellulaire : _____

Travail : _____

Courriel : _____

Parent

Nom, prénom : _____

Domicile : _____

Cellulaire : _____

Travail : _____

Courriel : _____

AUTRE PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PRÉVENIR RAPIDEMENT

Nom: _____

Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____

Cellulaire _____

Travail _____

À appeler en cas d'urgence ☐

Autorisé à prendre l'enfant ☐

SANTÉ

Nom de l'élève

Prénom

Élève de 14 ans et plus, numéro de cellulaire :

Courriel :

Maladie(s) connue(s) :

Diabète ☐ Fibrose kystique ☐ Troubles cardiaques ☐

Asthme ☐ Troubles de la vision ☐ Troubles de langage ☐

TDA/H ☐ Troubles de l'audition ☐ Épilepsie ☐

Troubles de saignement

(Hémophilie, saignement prolongé) ☐

Autres maladies précisez :

Intolérances :

Allergies(s) :

Si allergie(s) sévère(s) ou avec ÉpiPen, à quoi ?

Médicaments d'urgence :

Recommandation médicale d'urgence :

Suivi médical : Oui ☐ Non ☐ Si oui, par qui :

Pour quel (s) problème (s) :

Médicaments prescrits par
le médecin :

J'AUTORISE LES INFIRMIÈRES À TRANSMETTRE CES INFORMATIONS AU PERSONNEL
CONCERNÉ DE L'ÉCOLE, À TITRE PRÉVENTIF.

SIGNATURE D'UN PARENT OU TITULAIRE
DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Date :

SIGNATURE DE L'ENFANT (14 ANS ET PLUS)

Date :

S.V.P. **COMPLÉTEZ ET SIGNEZ** CETTE FEUILLE AUJOURD'HUI

Relevé de santé