

**ÉCOLES MUSULMANES
DE MONTRÉAL**

CAMPUS PRIMAIRE

7445, av. Chester, Montréal, Québec H4V 1M4

Tél. 514 484 8845 Télécopieur : 514 484 2270

Courriel : info@emms.ca



**ÉCOLES MUSULMANES
DE MONTRÉAL**

CAMPUS SECONDAIRE

2255, Cavendish, Montréal, Québec H4B 2L7

Tél. 514 484 5084 Télécopieur : 514 489 5388

Courriel : info@emms.ca

**FICHE DE SANTÉ
2020-2021**

1— IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom & Prénom de l'élève		No d'assurance maladie		Date d'expiration
Année scolaire	Classe	Personne-ressource	Urgence	Téléphone

Cette fiche fournit de l'information de base sur l'état de santé de votre enfant. Ces renseignements nous sont nécessaires pour favoriser les meilleures conditions possibles d'apprentissage et nous permettre une intervention rapide et adéquate en cas d'urgence. Afin que nous intervenions adéquatement et le plus rapidement possible auprès de votre enfant, nous vous demandons de signaler tout problème majeur de santé nécessitant des soins de santé particuliers. **Si des changements surviennent en cours d'année dans l'état de santé de votre enfant, veuillez communiquer avec la direction de l'école.**

L'infirmière du CLSC affectée à l'école prendra connaissance de ces données et la formule sera gardée au dossier de l'élève et au service de santé. Cette fiche est valable pour un an.

2— INFORMATION SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

*Problèmes de santé/autre	Oui	Non	Suivi par médecin ou spécialiste		Médication		Recommandations et/ou informations supplémentaires
			Oui/Non	Précisez le nom	Oui/Non	Précisez le nom	
Vision							
Audition							
Langage							
Diabète							
Épilepsie							
Cardiaque							
Problèmes neurologiques							
Asthme							
Problèmes digestifs							
Hémophilie							
Handicap physique							
Allergies (veuillez préciser)							

Allergies Arachides Plumes Oeufs Antibiotiques Piqûres d'insectes

Autre (s)(précisez) _____ Type de réaction _____

Soins ou médicament en cas de réaction allergique: _____

Usage de L'Auto Injecteur **EPIPEN**:

Éducation Physique: Pour toute exemption au cours d'éducation physique liée à un problème de santé. Un **CERTIFICAT MÉDICAL RÉCENT EST EXIGÉ.**

* Prenez note qu' un rapport médicale pourrais être exigé.

3 — AUTORISATION

J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CSSS affecté à l'école ainsi à tous les intervenants du milieu scolaire les informations que comprends la présente fiche, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire. Je soussigné, autorise l'infirmière du CLSC affectée à l'école à accéder à cette fiche pour mieux assurer la sécurité de mon enfant.

_____ Date _____ Signature _____ Lien de parenté avec l'élève _____