

RELEVÉ D'ÉLÈVE AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MAJEURS PRÉSCOLAIRE, PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Le but de ce questionnaire est d'identifier les problèmes de santé majeurs des élèves afin de mieux répondre à leurs besoins et assurer leur sécurité si une situation d'urgence se présentait.

Nous vous invitons à le retourner à l'école.

Année scolaire 2026- 2027

Identification

Nom et prénom de l'élève :		Nom de l'école :						
Date de naissance :		Code permanent :						
Groupe :	<input type="checkbox"/> Préscolaire	<input type="checkbox"/> Secondaire - Groupe :						
	<input type="checkbox"/> Primaire	Spécifier :						
		Appui	CPC	Soutien	FPT	FMS	PXV	PEP

Mon enfant souffre de problèmes de santé graves nécessitant des soins médicaux urgents. (Exemple : allergie, problème cardiaque, maladie grave)

oui non

Si oui, remplir ce formulaire le plus précisément possible et le retourner à l'enseignant responsable de votre enfant.

Si non, ne remplir que la partie supérieure (identification) et retourner le formulaire à l'enseignant responsable de votre enfant.

Informations médicales - ALLERGIES

SVP en cas d'allergie sévère, veuillez aviser la direction de l'école afin de mettre des mesures de sécurité en place le plus rapidement possible.

L'élève a-t-il une allergie potentiellement mortelle? oui non

Laquelle ou lesquelles? _____

A-t-il une prescription d'adrénaline (ex : Twinject, Epipen)? oui non

Date d'expiration de la prescription : _____

Quelles sont les réactions?

- Problèmes de respiration
- Rougeur
- Enflure légère modérée sévère nez et yeux qui coulent
- Autre (spécifiez) : _____

A-t-il un suivi médical pour cette ou ces allergie(s) ? oui non

A-t-il subi des tests d'allergie? oui non

A-t-il un médicament spécifique? Si oui, lequel? _____

Est-ce qu'il a ce médicament en sa possession à l'école? oui non

Si oui, où est-il rangé? (casier, sac d'école...) _____

Informations médicales - PROBLÈMES DE SANTÉ MAJEURS « GRAVES »

Problèmes de santé « graves » pouvant nécessiter une intervention à l'école :

diabète / hypoglycémie sévère ou diagnostiquée

épilepsie

autre (précisez) : _____

A-t-il un suivi médical pour ce problème?

oui

non

A-t-il un médicament spécifique?

oui

non

Si oui, lequel?

Nombre de fois qu'il doit prendre ce médicament :

Est-ce qu'il a ce médicament en sa possession à l'école?

oui

non

Si oui, où est-il rangé? (casier, sac d'école...)

A-t-il déjà eu une commotion cérébrale?

oui

non

Si oui, combien et quelles ont été les interventions?

A-t-il déjà suivi un protocole?

oui

non

A noter que le nom de l'enfant / adolescent sera mis sur la liste des élèves ayant des problèmes de santé graves. Le personnel de l'école, les transporteurs scolaires et le service de garde (s'il y a lieu) auront accès à cette information pour la sécurité de l'élève. Si vous n'êtes pas d'accord, veuillez contacter la direction de l'école.

Personnes à contacter en cas d'urgence lors d'un problème de santé

Nom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Nom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Signature du parent

ou de l'élève âgé de 14 ans et plus

Date