Centre de services scolaire Harricana
Québec

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 2025 - 2026

Identification

Nom et prénom de l'élève :		**Nom de l'école :**	
Date de naissance :		**Code permanent :**	
Groupe :	☐ **Préscolaire**	☐ **Secondaire - Groupe :**	
	☐ **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 quels 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

Ce formulaire a été élaboré en collaboration avec le CISSSAT.