





## Renseignements complémentaires

L'état de santé de l'élève a-t-il changé depuis l'an passé :      Oui       Non

L'élève présente-t-il :

<b>ALLERGIE SÉVÈRE :</b>	➤ Alimentaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	➤ Piqûres d'insectes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	➤ Autre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____ _____			
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Épipen :	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Autre :	Non <input type="checkbox"/>
			_____

<b>DIABÈTE :</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Lequel ? : _____
	Non <input type="checkbox"/>	
Traitement d'urgence, si hypoglycémie, précisez : _____ _____		

<b>AUTRES :</b> L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant <b>nécessiter une intervention d'urgence à l'école ?</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____ _____		
Recommandation médicale d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez : _____		

J'autorise l'infirmière du CLSC à communiquer les informations inscrites ci-dessus, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de l'élève.



\_\_\_\_\_  
Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Année    Mois    Jour