

IDENTIFICATION

École : Collège des Compagnons

Nom de l'élève :

Fiche :

Niveau : Programme :

Date de naissance : Sexe :

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____
(facultatif)

Répondant : Les 2 parents Parent 1 Parent 2 Tuteur
(père) (mère)

Nom parent 1 (père) :

- Courriel :

- Cellulaire :

Nom parent 2 (mère) :

- Courriel :

- Cellulaire :

Nom Tuteur :

- Courriel :

- Cellulaire :

ADRESSE principale :

Tél. Maison :
Tél. Travail parent 1 (père) :
Tél. Travail parent 2 (mère) :

ADRESSE - Autre adresse :

Tél. Maison :
Tél. Travail parent 1 (père) :
Tél. Travail parent 2 (mère) :

ADRESSE - Autre adresse :

Tél. Maison :
Tél. Travail parent 1 (père) :
Tél. Travail parent 2 (mère) :

Personne à rejoindre en cas d'urgence

En cas d'urgence, **et en l'absence des parents**, quelle personne devons-nous appeler ?

(S.V.P. en informer cette personne)

Nom : _____ Adresse : _____

Téléphone : _____ Code postal : _____

Cellulaire : _____ Cochez : Parent Voisin Ami

AUCUN PROBLÈME DE SANTÉ :

PROBLÈME de santé actuel(s)

Diabète Épilepsie

Allergie(s) dangereuse(s) et potentiellement mortelle(s) - à quoi ? _____

- nécessitant l'utilisation d'un auto-injecteur :

Épipen : Twinject :

Date d'expiration

Date d'expiration

N.B. : L'élève doit toujours avoir son auto-injecteur en sa possession.

Autre(s) maladie(s) ou handicap(s) : _____

AUTORISATIONS REQUISES

J'autorise les autorités de l'école à rendre disponible, pour des raisons de sécurité, à tout le personnel concerné en milieu scolaire les informations contenues sur cette fiche et, 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.

Sur référence du milieu scolaire ou à la demande de mon enfant, j'autorise le personnel de santé du CLSC à consulter la fiche urgence santé et à effectuer les interventions de santé jugées pertinentes.

_____ Date

_____ Signature de l'autorité parentale

_____ Date

N.B.: Si un transport en ambulance ou en taxi est requis, celui-ci sera effectué aux frais des parents.

LOI
sur l'accès aux documents des organismes publics
et
sur la protection des renseignements personnels

Conformément à l'article 65 de la loi mentionnée en titre, la Commission scolaire des Découvreurs, située au 945, rue Wolfe, Sainte-Foy, vous informe que les renseignements nominatifs qu'elle vous demande par la présente sont confidentiels et qu'ils serviront à prendre des mesures d'urgence eu égard à votre enfant dans des cas tels qu'accident, maladie, obligation de retourner les enfants à la maison, etc. Auront accès à ces renseignements les employées et employés qui oeuvrent auprès de votre enfant dans l'école ainsi que le personnel de santé du CSSS affecté à l'école.

Les renseignements consignés sur la première partie du document sont obligatoires sauf le numéro d'assurance maladie qui est facultatif. Ceux consignés sous le titre «Problème de santé» sont facultatifs. Le refus de donner ces renseignements peut rendre plus difficile pour l'école la mise en œuvre de mesures visant à garantir la santé et la sécurité des élèves qui lui sont confiés.

Conformément à la loi, vous avez accès au dossier de votre enfant, de même que le droit de rectification de renseignements contenus à ce dossier.