



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Compléter et retourner à l'école
ANNÉE SCOLAIRE 2020 - 2021

IDENTIFICATION

NOM: _____
CLASSE: _____

DATE DE NAISSANCE: ANNEE ANNEE MOIS MOIS JOUR JOUR

Sexe: F M

NO. D'ASSURANCE-MALADIE

DATE D'EXPIRATION: _____

Adresse: _____

Code postal _____

Téléphone _____

L'enfant vit avec: Père et mère Père seulement Mère seulement Autre (spécifiez): _____

Nom/prénom du père: _____ Téléphone au travail: (____) _____

Nom/prénom de la mère: _____ Téléphone au travail: (____) _____

Autre (spécifiez): _____ Téléphone au travail: (____) _____

NOM ET ÂGE DES FRÈRES ET/OU SŒUR

Nom: _____ Âge: _____ Nom: _____ Âge: _____

Nom: _____ Âge: _____ Nom: _____ Âge: _____

LANGUE PARLÉE À LA MAISON: Français Anglais Autre: _____

Religion: _____

EN CAS D'URGENCE CONTACTER

1) NOM: _____ Téléphone: _____ Cellulaire: _____ Lien: _____

2) NOM: _____ Téléphone: _____ Cellulaire: _____ Lien: _____

3) NOM: _____ Téléphone: _____ Cellulaire: _____ Lien: _____

N.B.: Il est très important de nous aviser de tout changement d'adresse et/ou de téléphone.

Dernière école fréquentée: _____ Commission scolaire: _____

Service utilisés à l'école cette année: Service de dîner Service de garde Transport scolaire

Si l'école devait fermer pendant la journée:

Il/elle a sa propre clé Il/elle se rendra à la maison, il y a toujours quelqu'un Il/elle ira chez une voisine ou ami(e)

NOM: _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: _____

IMPORTANT : SVP remplir les deux pages.

École fréquentée : **École Jeanne-LeBer**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE		NIVEAU SCOLAIRE
PRÉNOM		N° DU LOCAL DE SA CLASSE
ADRESSE	CODE POSTAL	LANGUE PARLÉE À LA MAISON
SEXE	DATE DE NAISSANCE (AN - MOIS - JOUR)	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	DATE D'EXPIRATION (ANNÉE - MOIS)	

POUR VOUS REJOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D'URGENCE

PARENT A : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE	PARENT B : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE
NOM DE FAMILLE	NOM DE FAMILLE
PRÉNOM	PRÉNOM
TÉLÉPHONE AU DOMICILE	TÉLÉPHONE AU DOMICILE
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL
AUTRE TÉLÉPHONE	AUTRE TÉLÉPHONE
COURRIEL	COURRIEL
AUTRE	AUTRE
NOM DE FAMILLE	NOM DE FAMILLE
PRÉNOM	PRÉNOM
TÉLÉPHONE AU DOMICILE	TÉLÉPHONE AU DOMICILE
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL
AUTRE TÉLÉPHONE	AUTRE TÉLÉPHONE
COURRIEL	COURRIEL

IMPORTANT

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école** (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).
 Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé ? Oui, compléter le verso Non
 S.V.P., **aviser l'école de tout changement** pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.
 N.B. : Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

École fréquentée : **École Jeanne-LeBer**

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)
 L'état de santé de l'élève a-t-il changé depuis l'an passé ? Oui Non

L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL

ALLERGIE SÉVÈRE

Alimentaire Oui Non
 Piqûres d'insectes Oui Non
 Autre Oui Non

Préciser

Médicament d'urgence Oui Non
 Épipen Oui Non
 Autre (préciser)

DIABÈTE

Oui Non

Médicament d'urgence Oui Non
 Lequel ?

Traitement d'urgence, si hypoglycémie, préciser :

AUTRES

L'élève présente-il un autre problème de santé pouvant **nécessiter une intervention d'urgence à l'école** ? Oui Non

Si oui, préciser

Recommandation médicale d'urgence : Oui Non
 Préciser :

AUTORISATION

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.