BILAN DE SANTÉ POUR LES ENFANTS ENTRANT AU PRÉSCOLAIRE

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Québec

École du Méandre Institutionnelle

École : _____

Nom de l'élève : _____

Prénom :_____ Date de naissance : _____/_____/_____

Sexe : ❑ M ❑ F

Nº ass.-maladie |__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__| Date d'expiration : |__|__|__|__||__|__|

Adresse de l'enfant :_____

L'enfant demeure avec : ❑ Les deux parents ❑ Parent 1 ❑ Parent 2 ❑ Autre, spécifiez : _____

Nom et prénom du parent 1 : _____

Téléphone : maison (____) ____-_____ travail (____) ____-_____ # _____

Nom et prénom du parent 2 : _____

Téléphone : maison (____) ____-_____ travail (____) ____-_____ # _____

Nom et prénom du tuteur (s'il y a lieu) : _____

Téléphone : maison (____) ____-_____ travail (____) ____-_____ # _____

Votre enfant présente-t-il un problème de santé pouvant nécessiter des SOINS MÉDICAUX D'URGENCE <u>ou</u> qui nécessite l'assistance du milieu pour un soin particulier à l'école, tel que :	**OUI**	**NON**
Allergie avec auto-injecteur d'épinéphrine prescrit. Allergène(s) : _____ • ❑ Auto-injecteur porté sur l'enfant ❑ Auto-injecteur conservé dans l'armoire au commun à l'école Allergie à une médication : _____ *(Cette information est utile **<u>seulement</u>** si besoin d'un transport en ambulance)* *** Pour tous les élèves allergiques, un bracelet identifiant l'allergène est fortement recommandé.***	❑	❑
Diabète **Insuline à l'école** ❑ Pompe ❑ ou Stylo ❑	❑	❑
Épilepsie	❑	❑
Médicament prescrite pendant les heures de fréquentation scolaire	❑	❑
Asthme ou problématique respiratoire avec inhalateur. • Inhalateur à portée de l'enfant : ❑ sac d'école ❑ pochette à la taille ❑ armoire au commun à l'école	❑	❑
Problématique de santé pouvant nécessiter des soins particuliers à l'école (ex. : cathétérisme, gavage …) : _____	❑	❑

Pour toute situation particulière ou changement dans l'état de santé de votre enfant, il est important de communiquer avec la direction de l'école.

_____ _____/_____/_____

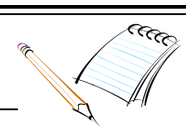
Signature de la personne qui a complété le questionnaire date

J'autorise à ce que les informations inscrites sur ce bilan soient transmises au personnel de l'école de mon enfant.

_____ _____/_____/_____

Signature du parent ou tuteur date

Notes de l'infirmière :



_____

_____