

BILAN DE SANTÉ POUR LES ENFANTS ENTRANT AU PRÉSCOLAIRE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 

École : _____

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M F

N° 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 à risque de 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergène(s) : _____		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auto-injecteur porté sur l'enfant <input type="checkbox"/> Auto-injecteur conservé dans l'armoire au commun à l'école 		
Allergie à une médication : _____ (Cette information est utile si besoin d'un transport en ambulance)		
* Pour tous les élèves allergiques, un bracelet identifiant l'allergène est fortement recommandé.		
Diabète : médication prescrite : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie : médication prescrite : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme ou problématique respiratoire avec inhalateur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Inhalateur à portée de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sac d'école <input type="checkbox"/> pochette à la taille <input type="checkbox"/> armoire au commun à l'école 		
Autre problématique de santé pouvant nécessiter des soins particuliers à l'école (ex. : cathétérisme, gavage ...) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toute situation particulière ou changement dans l'état de santé de votre enfant, il est important de communiquer avec l'infirmière 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 :

