

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 pouvant nécessiter des SOINS MÉDICAUX D'URGENCE ou 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) : _____ • <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 : _____ <i>(Cette information est utile seulement si besoin d'un transport en ambulance)</i> * Pour tous les élèves allergiques, un bracelet identifiant l'allergène est fortement recommandé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète Insuline à l'école <input type="checkbox"/> Pompe <input type="checkbox"/> ou Stylo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie Médicament prescrite pendant les heures de fréquentation scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme ou problématique respiratoire avec inhalateur. • Inhalateur à portée de l'enfant : <input type="checkbox"/> sac d'école <input type="checkbox"/> pochette à la taille <input type="checkbox"/> armoire au commun à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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 :

