

FICHE D'URGENCE DE L'ÉLÈVE

Les informations recueillies sont confidentielles et ne seront utilisées qu'en cas d'urgence afin d'informer les ressources (ambulanciers, policiers, etc.) de votre état de santé et des gens à contacter.

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

PROGRAMME : _____ **GROUPE :** _____

ADRESSE : _____

No civique Rue app Ville

NO TÉL : _____
DOMICILE TRAVAIL CELLULAIRE

DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____

Personnes à contacter en cas d'urgence

NOM : _____ **LIEN :** _____
(PÈRE, MÈRE, CONJOINT(E), SOEUR, FRÈRE ETC.)

NO TÉL : _____
DOMICILE TRAVAIL CELLULAIRE

NOM : _____ **LIEN :** _____
(PÈRE, MÈRE, CONJOINT(E), SOEUR, FRÈRE ETC.)

NO TÉL : _____
DOMICILE TRAVAIL CELLULAIRE

Informations médicales

Souffrez-vous d'allergies, incluant les allergies aux médicaments ? Oui Non

Si oui à quoi : _____

Avez-vous un auto-injecteur d'Épinéphrine (ÉpiPen)? _____

Avez-vous un problème de santé, une maladie ? _____

Diabète, anémie, problème cardiaque, maladie, etc.

Avez-vous un handicap ? Si oui lequel : _____

Prenez-vous des médicaments régulièrement? Oui Non

Si oui lesquels : _____

Avez-vous des contre-indications à un traitement médical

(transfusion sanguine, testament biologique, etc.) : _____

Avez-vous des recommandations particulières sur la procédure à suivre en cas d'urgence :

Personne à contacter en premier, informations à transmettre, etc.

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE : _____ **DATE :** _____