

# FORMULAIRE MÉDICAL ANNUEL

ANNÉE SCOLAIRE \_\_\_\_\_

<b>Élève</b>		Tél. Parent/Tuteur
Date de naissance	Niveau	Tél. Parent/Tuteur
Adresse		Tél. d'urgence
<input type="checkbox"/> Jeune non accompagné		
Médecin		Dentiste
Tél.	Dernière visite	Tél.
		Dernière visite

Allergies potentiellement mortelles :

Médicaments d'urgence	Dernier événement
-----------------------	-------------------

Indiquez si votre enfant présente l'une des conditions suivantes :

<input type="checkbox"/> Épilepsie ou crises d'épilepsie <a href="#">Formulaire d'entretien pour les crises d'épilepsie</a>	<input type="checkbox"/> Diabète <a href="#">Formulaire d'entretien pour le diabète</a>
<input type="checkbox"/> Asthme ou problème pulmonaire <a href="#">Formulaire d'entretien pour l'asthme</a>	<input type="checkbox"/> Condition cardiovasculaire
<input type="checkbox"/> Drépanocytose (« <i>Sickle cell</i> »)	<input type="checkbox"/> Antécédents de chirurgie/hospitalisation/trauma
<input type="checkbox"/> Hémophilie	
<input type="checkbox"/> Autre trouble du système sanguin	
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale	<input type="checkbox"/> Autre

Veillez lister tous les médicaments que votre enfant prend à la maison.

Médicaments	Dosage, forme, voie	Moment de la journée

Si votre enfant a besoin de médicaments pendant les heures scolaires, remplissez ce formulaire :

[Formulaire d'autorisation de prise de médicaments](#)

Si vous avez besoin d'aide pour l'un des points suivants, les infirmiers ou infirmières scolaires peuvent fournir des ressources pour aider votre famille

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Obtention d'une assurance santé                                    | <input type="checkbox"/> Logement   |
| <input type="checkbox"/> Trouver un médecin, un dentiste ou un prestataire de santé mentale | <input type="checkbox"/> Vêtements  |
|   | <input type="checkbox"/> Nourriture |

En signant ci-dessous, j'autorise l'infirmier ou infirmière scolaire à partager les informations concernant la santé de mon enfant scolarisé avec le personnel scolaire et médical approprié pour la sécurité continue de mon élève à l'école.

Parent/Tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_