

FICHE URGENCE



Informations générales

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F M

Adresse : _____
N° civique Rue Ville Code postal

Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° de téléphone : (____) _____
A M J

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

résidence (____) _____ travail (____) _____ autres (____) _____

Afin d'assurer votre sécurité, le Centre doit être informé des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).

Est-ce que vous présentez un tel problème de santé? OUI **SI OUI, REMPLIR LE VERSO**
NON

TRANSPORT EN CAS D'URGENCE

S'IL Y A URGENCE, LES AUTORITÉS DU CENTRE VOUS FERONT TRANSPORTER, À VOS FRAIS, AU CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PRÈS.

S.v.p. **nous aviser de tout changement** pouvant intervenir tout au long de votre formation au Centre.

Signature de l'élève

Date

Renseignements complémentaires

ÉTAT DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Souffrez-vous :

	OUI	NON	
ÉPILEPSIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicament à prendre? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lequel : _____ Lieu de rangement à l'école : _____
DIABÈTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicament à prendre? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lequel : _____ Lieu de rangement à l'école : _____
PROBLÈME CARDIAQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicament à prendre? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lequel : _____ Lieu de rangement à l'école : _____
ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicament à prendre? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lequel : _____ Lieu de rangement à l'école : _____
ALLERGIE Spécifier : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicament à prendre? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lequel : _____ Lieu de rangement à l'école : _____
AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ Spécifier : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicament à prendre? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lequel : _____ Lieu de rangement à l'école : _____
HANDICAP PHYSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : _____

Cochez, s'il y a lieu. Portez-vous :

LUNETTES LENTILLES CORNÉENNES APPAREIL AUDITIF PROTHÈSE DENTAIRE