



École Irénée-Lussier et Irénée-Lussier Annexe
FICHE D'INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE 20__ – 20__

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX		Déménagement pendant l'été ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Inscrire nouvelle adresse	
NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE _____		PRÉNOM _____			
ADRESSE : no _____ rue _____ Appartement _____		DATE DE NAISSANCE (ANNÉE / MOIS / JOUR) _____ / _____ / _____			
VILLE _____ Code postal _____		Téléphone à la maison (_____) _____			
Adresse courriel _____		SEXE : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ► _____		DATE D'EXPIRATION : ► _____ (ANNÉE / MOIS)			
POUR VOUS JOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D'URGENCE					
Lieu de naissance: Pays : _____ Ville : _____					
Citoyenneté: Canadienne <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> (précisez) : _____					
Date d'arrivée au Québec (si l'élève est né(e) ailleurs) : _____ Année / Mois / Jour Religion : _____					
Langue(s) : Maternelle : _____ Langue parlée à la maison : _____					
École fréquentée l'an dernier : _____ Commission scolaire : _____					
Besoin d'un interprète lors des échanges avec l'école ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, pour quelle langue? _____					
RENSEIGNEMENTS DES GÉNÉRATEURS					
L'ÉLÈVE DEMEURE AVEC : père et mère <input type="checkbox"/> père seulement <input type="checkbox"/> mère seulement <input type="checkbox"/> garde partagée <input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre ressource <input type="checkbox"/>					
Père (nom et prénom) : _____					
Date de naissance du père : _____ / _____ / _____		Téléphone à la maison : _____			
Adresse : _____		Téléphone au travail : _____			
Mère (nom de naissance et prénom) : _____					
Date de naissance de la mère : _____ / _____ / _____		Téléphone à la maison : _____			
Adresse : _____		Téléphone au travail : _____			
Tuteur (famille d'accueil ou autre ressource)					
Nom et prénom : _____					
Lien avec l'élève : _____		Téléphone à la maison : _____			
Adresse : _____		Téléphone au travail : _____			
PERSONNE À REJOINDRE SI LES PARENTS NE PEUVENT PAS ÊTRE REJOINTS					
Nom : _____		Prénom : _____			
Lien avec l'élève : _____		Téléphone maison : _____			
		Téléphone travail : _____			
Votre enfant a-t-il des restrictions pour les cours d'éducation physique ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
Si oui, spécifier : _____					
Recevez-vous, vous et votre jeune, des services :					
d'un(e) travailleur (se) social(e) ?		d'un (e) éducateur (ce) ou autre intervenant (e) d'un Centre de réadaptation (CRDI-TED) ?			
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Nom de l'intervenant(e)			Nom de l'intervenant(e)		
Numéro de téléphone	(____) _____ - _____ poste _____		Numéro de téléphone	(____) _____ - _____ poste _____	
Nom du CLSC, du Centre jeunesse, du CRDI ou autre			Nom du CRDI-TED		

IMPORTANT COMPLÉTER TOUS LES DOCUMENTS
AVISER l'école de tout changement pouvant intervenir au cours de l'année scolaire.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom de l'élève : _____

L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL		MÉDICATION	DATE DE LA DERNIÈRE CRISE (mois-année)	SORTES DE CRISES	NOM DU SPÉCIALISTE DE L'HÔPITAL ET/OU CLSC
1	Épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> grand mal <input type="checkbox"/> absences	
2	Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
3	Diabète	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
4	Cœur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, spécifier :	
5	Troubles auditifs	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Appareils : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
6	Troubles visuels	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Verres : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
7	Troubles de coagulation sanguine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, spécifier :		
8	Handicap moteur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Spécifier :		
9	Suivi en psychiatrie et/ou psychologie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date de la dernière visite :		
10	Suivi en neurologie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date de la dernière visite :		
11	Votre enfant est-il suivi par un dentiste ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nom du dentiste :		
12	Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, à quel âge? _____ Si oui, à quel hôpital? _____ Raisons : _____		
13	Votre enfant a-t-il une diète spéciale?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Spécifiez :		
14	Votre enfant a-t-il des restrictions pour les activités physiques ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Spécifiez :		
Autres diagnostics, syndromes et troubles associés à prendre en compte dans les interventions à l'école.		Spécifier : _____ _____			
ALLERGIES : ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> ARACHIDES <input type="checkbox"/> PLUMES <input type="checkbox"/> ŒUFS <input type="checkbox"/> ANTIBIOTIQUES <input type="checkbox"/> PIQÛRES D'INSECTES <input type="checkbox"/>					
AUTRE(S) : (préciser) : _____					
TYPE DE RÉACTION : _____					
USAGE DE L'AUTO-INJECTEUR EPIPEN <input type="checkbox"/> ENVOYER UN AUTO-INJECTEUR D'EPIPEN À L'ÉCOLE <input type="checkbox"/>					
MÉDICATION À BASE DE CORTISONE <input type="checkbox"/> si oui, spécifier : _____					
AUTRE(S) : (préciser) : _____					
AUTRES					
L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : _____					
Recommandation médicale d'urgence <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui Préciser : _____					

VACCINATION

 À compléter si votre enfant est **nouveau** à l'école

Si vous connaissez le nom et la date des vaccins que votre jeune a déjà reçus, pouvez-vous les indiquer? Pour ce faire, consultez le carnet de vaccination. S'il a déjà fait la maladie, indiquez en quelle année.

 AUCUN VACCIN Votre jeune a-t-il déjà eu la varicelle (picote)? : OUI NON

VACCINS REÇUS	1 ^{re} dose	2 ^e dose	3 ^e dose	4 ^e dose	5 ^e dose	Année Maladie
Diphtérie – Coqueluche – Tétanos (DCT) (ADACEL) (DT) (BOOSTRIX)						
Varicelle (VARIVAX)						
Poliomyélite (SABIN)						
Rougeole-Rubéole-Oreillons (MMR) OU (RRO)						
Hépatite B (RECOMBIVAX) (ENGERIX)						
Virus Papillome humain (Gardasil)						

IMPORTANT COMPLÉTER TOUS LES DOCUMENTS (**RECTO-VERSO**)
AVISER l'école de tout changement pouvant intervenir au cours de l'année scolaire.

En date du _____ (inscrire la date où le formulaire est complété),

Quels sont **TOUS** les médicaments que votre jeune doit prendre au cours de 24 heures ?

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE	HEURE

Quels sont ceux qui doivent être administrés à l'école ?

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE	HEURE

PROCÉDURE D'ENVOI DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE :

Faire parvenir le contenant original du médicament avec l'étiquette de la pharmacie à l'infirmière de l'école. **Une photocopie de la prescription du médecin qui peut vous être remise par la pharmacie est aussi exigée.**

Déposer la quantité **de médicaments nécessaire pour 1 mois environ** et renouveler avant l'épuisement de la réserve, c'est-à-dire une semaine à l'avance. Un rappel vous sera envoyé par l'école.

Ne jamais faire parvenir les médicaments dans le sac d'école ou la boîte à lunch. Remettre au chauffeur qui s'assurera de les remettre au personnel désigné à l'arrivée à l'école.

Sylvie Paquette
Infirmière Irénée-Lussier
514-596-4250, poste 4259

Renée Turcotte
Infirmière Irénée-Lussier Annexe
514-596-4250, poste 1689

AUTORISATIONS

N.B. : Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

J'autorise l'autorité de l'école et/ou son service de santé à transmettre les informations médicales pertinentes aux intervenants scolaires qui ont la responsabilité de mon enfant de même qu'à prendre les mesures nécessaires lorsque la santé de mon enfant l'exige.

SIGNATURE DU PARENT, TUTEUR OU JEUNE DE 14 ANS OU PLUS

DATE (AN-MOIS-JOUR)

Par la présente, j'autorise l'école Irénée-Lussier ou Irénée-Lussier Annexe à administrer les médicaments que mon jeune doit prendre à l'école.

SIGNATURE DU PARENT, TUTEUR OU JEUNE DE 14 ANS OU PLUS

DATE (AN-MOIS-JOUR)

J'autorise l'infirmière de l'école employée par le CLSC Hochelaga-Maisonneuve (Irénée-Lussier) ou le CLSC Mercier Est-Anjou (Annexe), à ouvrir un dossier au nom de mon enfant et à contacter le pharmacien au sujet de la médication si nécessaire.

SIGNATURE DU PARENT, TUTEUR OU JEUNE DE 14 ANS OU PLUS

DATE (AN-MOIS-JOUR)

**IMPORTANT COMPLÉTER TOUS LES DOCUMENTS (RECTO-VERSO)
AVISER l'école de tout changement** pouvant intervenir au cours de l'année scolaire.