

FICHE D'INSCRIPTION

NOM DE L'ÉLÈVE :		NIVEAU:
PRÉNOM:		
ÂGE AU 30 SEPTEMBRE:	ANS	DATE DE NAISSANCE: J M A / /
LANGUE MATERNELLE :		

NOM DU PARENT:	NOM DU PARENT:
ADRESSE:	ADRESSE:
VILLE:	VILLE:
CODE POSTAL:	CODE POSTAL:
VILLE / PAYS DE NAISSANCE :	VILLE / PAYS DE NAISSANCE :
OCCUPATION:	OCCUPATION:
TÉLÉPHONE:	TÉLÉPHONE:
RÉSIDENCE:	RÉSIDENCE:
TRAVAIL:	TRAVAIL:
CELLULAIRE:	CELLULAIRE:
COURRIEL :	COURRIEL :

PERSONNE RESSOURCE EN CAS D'URGENCE :
LIEN AVEC L'ENFANT :
TÉLÉPHONE
RÉSIDENCE:
TRAVAIL:
CELLULAIRE:

L'ENFANT VIT AVEC :				
LA MÈRE <input type="checkbox"/>	LE PÈRE <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	FAMILLE SÉPARÉE <input type="checkbox"/>	GARDE PARTAGÉE <input type="checkbox"/>

CERTIFICAT MÉDICAL

Numéro d'assurance maladie : _____

exp : _____

ÉDUCATION PHYSIQUE

Y a-t-il des contre-indications à ce que votre enfant participe au cours d'éducation physique ? OUI NON

Si oui, un certificat médical récent est exigé pour toute exemption ou limitation d'éducation physique.

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME

OUI NON

Si votre enfant fait de l'asthme à l'occasion, nous vous demandons de laisser des médicaments bien identifiés à la réception de l'école.

Si oui, donner les noms, les posologies et la raison :

EST-CE QUE VOTRE ENFANT EST ALLERGIQUE ?

Précisez l'allergie (alimentaires, médicaments, piqûres d'insectes) et décrire la réaction :

A-t-il un EpiPen? oui non Prend-il des médicaments pour les allergies? oui non Si oui, lesquels :

AUTORISATION – TYLÉNOL / BENADRYL

J'autorise le personnel de l'Académie Lavalloise à donner du « Tyféno » uniquement en cas de nécessité telle une fièvre.

oui non

J'autorise le personnel de l'Académie Lavalloise à donner du « Bénédril » uniquement en cas de nécessité telle qu'une réaction allergique.

oui non

Signature du parent :

AUTRES

Autres particularités médicales (épilepsie, cardiaque, diabète, audition, handicap physique, etc.) :

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise le personnel de l'Académie Lavalloise à dispenser les premiers soins d'urgence à mon enfant en cas de malaise ou d'accident. S'il est impossible de me rejoindre et si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. J'accepte de payer les frais de transport en cas d'urgence (ambulance entre autres). De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise l'infirmière et le médecin à s'assurer que mon enfant reçoive tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. En outre, j'autorise le personnel de l'Académie Lavalloise à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche médicale.

Je, soussigné(e), certifie que les déclarations faites dans ce document sont complètes et vraies.

Signature du parent ou du tuteur

Date