



### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Adresse complète : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : résidence (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ cellulaire (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Niveau (classe) \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
  jour mois année  
Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_ Tél. travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_ Tél. travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 2. INFORMATIONS ET RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA SANTÉ DU JEUNE

- Cet élève a-t-il des problèmes de santé: **Cochez ici OUI**  **NON**

**Si oui, précisez:**     maladies: (épilepsie, diabète, hémophilie, troubles cardiaques, asthme, etc.)  
handicaps: (visuel, auditif, etc.) ou de santé mentale : (phobie, dépression, etc.)

- Actuellement cet élève prend-t-il des médicaments de façon régulière?

OUI           NON           Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

- Cet élève présente-t-il des allergies? \_\_\_\_\_

**Si oui, à quoi:** \_\_\_\_\_

Quels sont ses symptômes? \_\_\_\_\_

Quels médicaments prend-il pour ses allergies? \_\_\_\_\_

- Depuis les trois (3) derniers mois, cet élève a-t-il eu une ou des intervention(s) chirurgicale(s)?

OUI           NON           Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

- Serait-il pertinent que votre enfant rencontre l'infirmière consultante du CLSC au sujet de ses problèmes de santé?

OUI           NON

### 3. AUTORISATION

Par la présente j'autorise l'infirmière du CLSC et le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche :

**Cochez ici OUI**  **NON**

Signature de l'élève: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature des parents ou tuteurs : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RAPPORTER CETTE FEUILLE SIGNÉE DES DEUX CÔTÉS,  
LORSQUE VOUS VIENDREZ CHERCHER VOTRE HORAIRE**





**Polyvalente Montignac**

3409 Laval  
Lac-Mégantic P.Q.  
G6B 1A5  
Tél: 819-583-3023  
Fax: 819-583-0890

**Une feuille par élève  
2016 - 2017**

**Nom de l'élève :** \_\_\_\_\_

**1) Absences anormales et politique de voyage :**

J'ai bien pris connaissance de la procédure d'absences anormales.

**2) Appareils électroniques et cellulaires :**

J'ai bien pris connaissance du règlement sur les appareils électroniques.

**3) Autorisation d'utilisation de photos, d'enregistrements audio ou de productions d'élèves sur le site Web de l'école, dans les journaux, album de finissants ou autres médias.**

Dans le contexte expliqué, j'accepte que la photo de mon enfant puisse éventuellement se retrouver sur le site web de l'école, sur le site web de la CSHC, dans les journaux, album de finissants ou autres médias.

Oui

Non

*En cas de refus de votre part, SVP aviser votre enfant*

**4) Sorties de classe**

J'ai pris connaissance du règlement et les procédures à suivre pour les sorties de classes.

\_\_\_\_\_  
Nom du parent  
(écrire en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

Date : \_\_\_\_\_ 2016

**SVP RAPPORTER CETTE FEUILLE SIGNÉE DES DEUX CÔTÉS,  
LORSQUE VOUS VIENDREZ CHERCHER VOTRE HORAIRE.**