



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 : _____

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



Polyvalente Montignac

3409 Laval
 Rue Montignac P.Q.
 G5S 1A5
 Tél: 819-383-3023
 Fax: 819-383-0890

RENSEIGNEMENTS FICHE DE SANTÉ ET AUTORISATION

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**