



## RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE 2011 - 2012

École Louisbourg

 11 880, rue Michel-Sarrazin  
 Montréal (Québec) H4J 2G7  
 Téléphone : 514 596-5359  
 Télécopieur : 514 596-7984

**Compléter et retourner à l'école**

Nom de famille _____		Prénom _____	
Adresse complète _____		Appartement _____	Code postal _____
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance ____/____/____	Groupe/niveau _____	
N° d'assurance—maladie _____		Expiration _____/_____	
Pays de naissance _____		Nationalité _____	
L'enfant demeure chez <input type="checkbox"/> père et mère <input type="checkbox"/> mère seulement <input type="checkbox"/> père seulement <input type="checkbox"/> garde partagée <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> autre _____			
Nom du (des) frère(s) ou sœur(s) à l'école : _____			Niveau : _____
<b>Nom / prénom du père</b> _____		Tél. maison _____	Cellulaire _____
Adresse (si autre que l'enfant) _____		Tél. travail _____	Courriel _____
<b>Nom / prénom de la mère</b> _____		Tél. maison _____	Cellulaire _____
Adresse (si autre que l'enfant) _____		Tél. travail _____	Courriel _____
Langue parlée (s) à la maison <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre _____		Religion _____	
Langue parlée (s) par l'enfant <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre _____			

### HISTORIQUE DE L'ENFANT

L'enfant a fréquenté un centre de la petite enfance (CPE) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
L'enfant a fréquenté une garderie en milieu familial <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Votre enfant a-t-il déjà été vu par :	
<input type="checkbox"/> psychoéducatrice	<input type="checkbox"/> travailleur social
<input type="checkbox"/> psychologue	<input type="checkbox"/> ergothérapeute
<input type="checkbox"/> orthophoniste	<input type="checkbox"/> autre : _____

### EN CAS D'URGENCE : SI LES PARENTS NE PEUVENT ÊTRE REJOINTS

<input type="checkbox"/> grand-mère	<input type="checkbox"/> grand-père	<input type="checkbox"/> oncle	<input type="checkbox"/> tante	<input type="checkbox"/> ami(e)	<input type="checkbox"/> voisin(e)	<input type="checkbox"/> autre _____
Nom _____		Prénom _____		Téléphone _____		
<input type="checkbox"/> grand-mère	<input type="checkbox"/> grand-père	<input type="checkbox"/> oncle	<input type="checkbox"/> tante	<input type="checkbox"/> ami(e)	<input type="checkbox"/> voisin(e)	<input type="checkbox"/> autre _____
Nom _____		Prénom _____		Téléphone _____		

### HISTOIRE MÉDICALE

Votre enfant a-t-il un problème de santé ?		<input type="checkbox"/> OUI (indiquer lequel ou lesquels)	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Langage	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Neurologique	<input type="checkbox"/> Audition	<input type="checkbox"/> Handicap physique
<input type="checkbox"/> Allergie à quoi ? _____	<input type="checkbox"/> Vision		
Décrire la réaction allergique de votre enfant _____			
A-t-il des médicaments pour les allergies ?		<input type="checkbox"/> Épipen	<input type="checkbox"/> Autre _____
Autres problèmes de santé _____			
Quel(s) médicament(s) votre enfant doit-il prendre ? _____			
Si votre enfant souffre d'une allergie qui peut mettre sa vie en danger, s.v.p. informez la direction de l'école.			

En cas de situation d'urgence, le personnel de l'école procure les premiers soins à votre enfant et s'assure qu'il reçoive les soins d'urgence requis. Les frais de transport ambulancier sont au frais des parents.

<b>Signature des parents</b>	
Par la présente j'accepte que l'infirmière du CLSC affectée à l'école prenne connaissance de l'information contenue dans la présente fiche et qu'elle transmette ensuite les renseignements nécessaires pour que l'école puisse assurer la sécurité de l'élève	
Père _____	Date _____
Mère _____	Date _____

MP/gp [C:\formécole\ficherensélèves.doc]