Conseil des écoles fransaskoises
1440, 9e Avenue Nord, Regina (SK)
1 877 273-6661 • ecolefrancophone.com

FORMULAIRE D'INFORMATION MÉDICALE

Nom de l'élève: _____

SVP, cochez si votre enfant présente l'une des conditions suivantes:

- ☐ Problème cardiaque ou hypertension artérielle
- ☐ Problème grave au cou ou au dos
- ☐ Problèmes dus au temps chaud ou froid
- ☐ Épilepsie (crises d'épilepsie)
- ☐ Traumatisme crânien/commotion cérébrale – au cours de la dernière année
- ☐ Asthme (respiration sifflante ou bronchite)
- ☐ Diabète
- ☐ Problème de saignement (trouble sanguin)
- ☐ Problème rénal
- ☐ Blessure/problème oculaire
- ☐ Perte/absence d'un organe pair (par exemple, un seul œil, un rein, un testicule)
- ☐ Maladie infectieuse (par exemple, mononucléose, hépatite au cours de l'année écoulée)
- ☐ Blessure importante aux os, aux articulations, aux ligaments ou aux tendons au cours des 2 dernières années
- ☐ Intervention chirurgicale majeure
- ☐ Antécédents familiaux de mort subite à un jeune âge (< 40 ans)
- ☐ Allergies, médicaments actuels sur ordonnance ou en vente libre (si oui, remplir le formulaire **E-3 (c) – Formulaire d'information à une allergie** du CEF)
- ☐ Tout autre problème de santé important : _____

_____

_____

_____

Est-il possible que des médicaments ou une intervention soient administrés en urgence?
Oui ____ Non _____

Si oui :
Nom du médicament : _____ Posologie : _____

Description des circonstances dans lesquelles le médicament doit être administré :

_____

_____

Autres mesures à prendre : _____

_____

_____

Toutes les informations médicales sont à usage confidentiel uniquement pour aider à assurer la sécurité de l'élève.

Signature d'un parent: _____

Écoles Beau Soleil et Mathieu de Gravelbourg
C.P. 515 ou C.P. 690
306, 1ère avenue Est, Gravelbourg, SK S0H 1X0
(306) 648-3105
beausoleil@cefsk.ca ou emg@cefsk.ca

École de langue première aujourd'hui... Francophone bilingue pour la vie!

Conseil des écoles fransaskoises
1440, 9e Avenue Nord, Regina (SK)
1 877 273-6661 • ecolefrancophone.com

MEDICAL INFORMATION FORM

Student's Name: _____

Please check if your child has any of the following conditions:

- ☐ Heart problem or high blood pressure
- ☐ Serious neck or back problem
- ☐ Problems caused by hot or cold weather
- ☐ Epilepsy (seizures)
- ☐ Head injury/concussion – within the last year
- ☐ Asthma (wheezing or bronchitis)
- ☐ Diabetes
- ☐ Bleeding problem (blood disorder)
- ☐ Kidney problem
- ☐ Eye injury/problem
- ☐ Loss/absence of a paired organ (e.g., only one eye, kidney, testicle)
- ☐ Infectious disease (e.g., mononucleosis, hepatitis within the past year)
- ☐ Significant bone, joint, ligament, or tendon injury within the past 2 years
- ☐ Major surgery
- ☐ Family history of sudden death at a young age (< 40 years old)
- ☐ Allergies, current prescription or over-the-counter medications (if yes, fill out form **E-3 (c) – CEF Allergy Information Form**)
- ☐ Any other significant health problem: _____
  _____
  _____
  _____

Is it possible that medication or an intervention will need to be administered in an emergency?
Yes ____ No _____

If yes:
Medication Name: _____ Dosage: _____

Description of the circumstances under which the medication must be administered:
_____
_____

Other measures to be taken: _____
_____
_____

All medical information is for confidential use only to help ensure the safety of the student.

Parent's Signature: _____

Écoles Beau Soleil et Mathieu de Gravelbourg
C.P. 515 ou C.P. 690
306, 1ère avenue Est, Gravelbourg, SK S0H 1X0
(306) 648-3105
beausoleil@cefsk.ca ou emg@cefsk.ca

École de langue première aujourd'hui... Francophone bilingue pour la vie!