

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom de la sortie éducative,
culturelle ou sportive : _____

Nom de l'élève : _____

Adresse à domicile : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence pendant la sortie :

	Nom	Téléphone (jour)	Téléphone (soir)
1			
2			
3			

Renseignements médicaux :

Numéro de la carte d'assurance-santé : _____

Nom et n° de téléphone du médecin : _____

Si l'élève reçoit des soins d'un médecin (p. ex. pour le diabète, l'épilepsie, la paralysie cérébrale, etc.),
donnez des détails et notez toutes les précautions à prendre :

Si l'élève doit prendre des médicaments, indiquez les noms des médicaments, la posologie et
la fréquence :

Si l'élève souffre d'allergies (p. ex. nourriture, environnement, médicaments), spécifiez lesquelles :

Si l'élève observe un régime spécial, précisez :

N.B. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec la direction de l'école.

Signature du parent

Date

Selon la politique et la directive administrative SORTIES ÉDUCATIVES, CULTURELLES OU SPORTIVES

N° du formulaire : **B-002F-3**

Page 1 de 1