

PARTICULARITÉS DE SANTÉ

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent : _____

Téléphone : Maison : _____ Au travail : _____

Nom de l'école : _____

Date de naissance : _____

Votre enfant présente-t-il un des problèmes de santé suivant :

	Oui	Non
<i>Allergie avec un auto-injecteur (Épipen ou Twinject)</i>		
<i>Épilepsie</i>		
<i>Diabète</i>		
<i>Autre problème de santé nécessitant des recommandations particulières à l'école</i>		

Selon la condition de santé de votre enfant, l'infirmière vous contactera.

L'infirmière en santé scolaire