

## FICHE INFORMATIVE

La fiche informative constitue une source importante d'information qui pourrait nous permettre de vous offrir un encadrement particulier ou des mesures adaptatives, s'il y avait lieu, afin de maximiser vos chances de réussite dans votre cheminement scolaire.

|       |  |                                       |  |
|-------|--|---------------------------------------|--|
| Nom : |  | Code permanent ou date de naissance : |  |
|-------|--|---------------------------------------|--|

Programme : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Souffrez-vous d'un problème de santé? | Souffrez-vous d'une limitation ou d'un handicap auxquels il faut porter une attention spéciale? |
| <b>Oui</b> <b>Non</b>                 | <b>Oui</b> <b>Non</b>   |

**Si oui, cochez la ou les cases appropriées :**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire (noix, farine, fruits de mer, etc.) | <input type="checkbox"/> Audition            |  |
| <input type="checkbox"/> Allergie cutanée (latex)                                 | <input type="checkbox"/> Hernie discale      | <input type="checkbox"/> Mobilité                                |
| <input type="checkbox"/> Asthme   | <input type="checkbox"/> Hémophilie          | <input type="checkbox"/> Vue                                     |
| <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> Hépatite            | <input type="checkbox"/> Limitations physiques; précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie  | <input type="checkbox"/> VIH                 |  |
| <input type="checkbox"/> Autres particularités ? <b>Oui</b> <b>Non</b>            | Prise de médicaments ? <b>Oui</b> <b>Non</b> |  |

si oui, **précisez** : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

|       |               |                     |  |
|-------|---------------|---------------------|--|
| Nom : | ☎ Résidence : | ☎ Cell ou travail : |  |
| Nom : | ☎ Résidence : | ☎ Cell ou travail : |  |

### POUR VOUS AIDER DANS VOTRE CHEMINEMENT SCOLAIRE :

Durant mon parcours scolaire, j'ai bénéficié de plan d'intervention (P.I)?

**Oui**; au primaire seulement      **Oui**; au secondaire seulement      **Oui**; au primaire et au secondaire      **Non**

Présentement, dans mon école, j'ai un plan d'intervention actif :      **Oui**      **Non**

J'ai déjà bénéficié de mesures d'aide (orthopédagogue, psychoéducateur, aide technologique, etc.) **Oui**      **Non**      si oui, **précisez** : \_\_\_\_\_

Actuellement, je  complète mon secondaire 5       complète mon secondaire 4       suis sur le marché du travail

Autres; **précisez** : \_\_\_\_\_

Je proviens de l'école : \_\_\_\_\_ de quelle Commission scolaire?

J'ai déjà été inscrit(e) dans un programme de formation professionnelle: **Oui**      **Non**

si oui, **précisez** : \_\_\_\_\_ Programme : \_\_\_\_\_ Année scolaire : \_\_\_\_\_

*J'autorise la Commission scolaire des Laurentides à consulter ou à transmettre, à tout organisme ou établissement concerné, les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier. (L.R.Q., c.a.-2.1)* **Oui**      **Non**

Signature de l'élève : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

➔
Signature de l'élève
☎ élève résidence
☎ élève cellulaire
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
jour    Mois    année

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Signature de l'administration : \_\_\_\_\_

(Si la fiche complétée par téléphone pour l'élève) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Jour    Mois    année

|               |           |   |
|---------------|-----------|---|
|               |           | Commentaires/mesures proposées :        |
| Analyse par : | initiales | ____/____/____<br>Jour    Mois    année |