

**Politique 704 - ANNEXE D GESTION D'UNE ALLERGIE EXTRÊME ET PLAN D'URGENCE**

ANNÉE SCOLAIRE 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_

**PARTIE I – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE**Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Responsable de la classe-foyer: \_\_\_\_\_

Parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ (domicile) \_\_\_\_\_ (bureau) \_\_\_\_\_ (cellulaire)

Autre personne-ressource : \_\_\_\_\_  
(c.-à-d. parent-substitut)

Téléphone : \_\_\_\_\_ (domicile) \_\_\_\_\_ (bureau) \_\_\_\_\_ (cellulaire)

Médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Quel type d'EpiPen® (épinéphrine) cet enfant a-t-il besoin?

 pour un enfant (entre 15 kg et 30 kg) (*Junior*) ou  pour un adulte (30 kg ou plus) (*Régulier*)**Renseignements sur l'allergie (à remplir par le médecin de l'élève)**

**L'anaphylaxie (choc anaphylactique)** est une réaction allergique grave qui peut toucher plusieurs systèmes de l'organisme et être fatale si elle n'est pas traitée. L'anaphylaxie peut être causée par des aliments, des piqûres d'insectes, des médicaments, le caoutchouc et d'autres substances. Les aliments qui provoquent le plus souvent l'anaphylaxie sont les arachides, les noix, les mollusques et les crustacés, le poisson, le lait, les œufs, le blé, le soya et les graines de sésame. Mais on sait qu'une grande variété d'autres aliments et d'exercices peuvent également causer l'anaphylaxie. Des quantités infimes d'allergène peuvent provoquer une réaction grave.

L'enfant est-il à risque d'une réaction anaphylactique?  Oui  Non

Si oui, à quels allergènes? \_\_\_\_\_

Autres allergies importantes?  Oui  Non

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

EpiPen® (épinéphrine) recommandée?  Oui  NonMédecin \_\_\_\_\_  
signatureDate : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour**PARTIE I**

---

---

**PARTIE II – PLAN DE GESTION D'UNE ALLERGIE EXTRÊME**

---

---

Cette partie doit être remplie par l'école, en collaboration avec le parent.

**Responsabilités du parent :**

**PARTIE II**

**Responsabilités de l'école :**

**Responsabilités de l'élève :**

---

---

**PARTIE III – PLAN D'URGENCE**

---

---

Cette partie doit être remplie par l'école, en collaboration avec le parent (p. ex., administrer de l'ÉpiPen®; appeler une ambulance ou amener l'enfant à l'hôpital; appeler les parents).

**Responsabilités du parent :**

**PARTIE III**

- J'accepte que les renseignements pertinents concernant l'état de santé ou le problème médical de mon enfant soient affichés dans des endroits stratégiques de l'école (p. ex., salle de classe, cafétéria, bibliothèque, salle du personnel) pour aider le personnel à fournir des services d'urgence à mon enfant. Je fournirai une photo de mon enfant à cette fin.
- Je ne veux pas que des renseignements sur mon enfant soient affichés dans l'école.

**Responsabilités de l'école :**

---

---

**PARTIE IV – APPROBATION**

---

---

J'ai lu et je comprends l'entente énoncée dans le formulaire *Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence* et j'accepte que les renseignements pertinents au service demandé soient transmis aux personnes qui doivent les connaître pour fournir le service.

**Élève (au moins 16 ans) :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_  
signature année / mois / jour

Par les présentes, je demande au personnel scolaire de fournir à mon enfant les soins décrits ci-dessus et je l'autorise à le faire. Je comprends que le personnel scolaire n'a pas de compétences médicales et qu'il fournira le service demandé de bonne foi dans le cadre de la formation reçue, conformément à la présente entente.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel scolaire à administrer le médicament ou les médicaments que j'ai fournis et qui sont indiqués dans la présente entente et à demander une aide médicale appropriée. J'accepte d'assumer la responsabilité de tous les frais liés au traitement médical et au transport.

Je comprends que l'école ne peut garantir un milieu entièrement exempt d'allergènes.

Par les présentes, je reconnais mes responsabilités telles qu'énoncées dans la présente entente et dans la Politique 704 – [Services de soutien à la santé](#), et j'accepte de m'acquitter de ces responsabilités dans la mesure de mes capacités.

J'accepte d'informer l'école, par écrit, de tout changement concernant les renseignements fournis sur le présent formulaire.

J'accepte que les renseignements indiqués sur le présent formulaire soient transmis à toute personne qui a besoin de les connaître pour donner des soins à mon enfant au nom de l'école.

J'accepte que le directeur ou son adjoint puisse contacter le médecin de mon enfant en cas d'urgence médicale ou pour demander une clarification au sujet des responsabilités de l'école telles que définies dans ce plan.  Oui  Non

**Parent/tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_  
signature année / mois / jour

Par les présentes, je reconnais et j'accepte mes responsabilités et celles de mon personnel telles qu'énoncées dans la présente entente.

**Direction de l'école :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_  
signature année / mois / jour

**PARTIE IV**

**EXAMEN ANNUEL**

**Nota :** Si les exigences du service demandé ont changé, veuillez remplir le nouveau formulaire *Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence*. S'il n'y a aucun changement, veuillez signer ce formulaire de vérification afin de confirmer l'accord du parent avec le plan.

Ce plan sera en vigueur pendant l'année scolaire 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ sans modification.

**Parent/Tuteur :** \_\_\_\_\_  
signature Date : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

**Directeur :** \_\_\_\_\_  
signature Date : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

---

Ce plan sera en vigueur pendant l'année scolaire 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ sans modification.

**Parent/Tuteur :** \_\_\_\_\_  
signature Date : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

**Directeur :** \_\_\_\_\_  
signature Date : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

---

Ce plan sera en vigueur pendant l'année scolaire 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ sans modification.

**Parent/Tuteur :** \_\_\_\_\_  
signature Date : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

**Directeur :** \_\_\_\_\_  
signature Date : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

---

Ce plan sera en vigueur pendant l'année scolaire 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ sans modification.

**Parent/Tuteur :** \_\_\_\_\_  
signature Date : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

**Directeur :** \_\_\_\_\_  
signature Date : \_\_\_\_\_  
jour / mois / année