

**200,206**

**Politique de premiers soins aux élèves**



**Centre  
de services scolaire  
du Lac-Abitibi**

**Québec**



| Adopté                          | Date        | Résolution |
|---------------------------------|-------------|------------|
| Par le conseil des commissaires | 3 mars 1994 | C-94-043   |

# TABLE DES MATIÈRES

Pages

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. RESPONSABILITÉ DE LA COMMISSION SCOLAIRE .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>2. BUT DE LA POLITIQUE .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>3. NATURE DES PREMIERS SOINS .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>4. RESPONSABILITÉ GÉNÉRALE DU MILIEU SCOLAIRE QUANT À L'OBLIGATION DE DISPENSER<br/>LES PREMIERS SOINS .....</b> | <b>4</b>  |
| <b>5. RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION D'ÉCOLE .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>6. RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU PRÉPOSÉ AUX PREMIERS SOINS.....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>7. RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU RESPONSABLE DE LA TROUSSE DE PREMIERS SOINS .</b>                                  | <b>6</b>  |
| <b>8. RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>9. PROCÉDURES DANS LES CAS D'ACCIDENT OU DE MALAISE GRAVE.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>10. PROCÉDURES DANS LES CAS D'ACCIDENT MINEUR.....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>11. PROCÉDURES DANS LES CAS DE MALAISES DIVERS.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>12. TRANSPORT EN CAS DE MALADIE .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>13. TRANSPORT SUITE À UN ACCIDENT D'ÉLÈVE .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>14. PROTOCOLE QUANT AUX MÉDICAMENTS .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>15. COURS DE SECOURISME.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>ANNEXE I RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATION.....</b>   | <b>10</b> |
| <b>ANNEXE II LOI DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>ANNEXE III RAPPORT D'ACCIDENT .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>ANNEXE IV REGISTRE DE PREMIERS SOINS.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>ANNEXE V .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>ANNEXE VI AUTORISATION DE TRANSPORT D'UN ÉLÈVE .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>ANNEXE VII .....</b>   | <b>16</b> |
| <b>ANNEXE VIII .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>ANNEXE IX .....</b>  | <b>19</b> |

**ANNEXE X AUTORISATION CONCERNANT L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS.....21**

**ANNEXE XI PROCÉDURES D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT À L'ÉCOLE..... 22**

## **1. RESPONSABILITÉ DE LA COMMISSION SCOLAIRE**

La commission scolaire a la responsabilité d'assurer des services de santé aux élèves sous sa juridiction.

## **2. BUT DE LA POLITIQUE**

La présente politique vise à préciser les modalités qui permettront d'assurer les soins provisoires requis à tout élève victime d'un malaise soudain ou d'un accident afin de favoriser son rétablissement ou d'empêcher son état de s'aggraver, en attendant l'intervention du médecin ou son transport au centre hospitalier le plus près ou à la maison.

## **3. NATURE DES PREMIERS SOINS**

Les premiers soins se limitent :

- aux soins reliés à un malaise soudain ou à des traumatismes mineurs ;
- aux soins immédiats, ou de première nécessité, à prodiguer à l'élève victime d'un accident, afin de permettre son transport en toute sécurité, au centre hospitalier le plus près.

## **4. RESPONSABILITÉ GÉNÉRALE DU MILIEU SCOLAIRE QUANT À L'OBLIGATION DE DISPENSER LES PREMIERS SOINS**

Le personnel a l'obligation de prendre toutes les mesures jugées nécessaires dans le cas où un élève est atteint d'un malaise soudain ou est victime d'un accident qui permet de croire qu'une attente prolongée ne ferait qu'aggraver la situation.

De plus, le Code civil québécois oblige toute personne à prêter assistance à une personne victime d'un malaise soudain ou d'un accident.

## **5. RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION D'ÉCOLE**

La direction d'école doit :

- établir les modalités spécifiques d'application de la politique de premiers soins en concertation avec l'infirmière de l'école ;
- faire connaître cette politique de premiers soins, de même que ses modalités d'application spécifiques à l'école, au personnel de l'école ;
- faire connaître aux parents et aux élèves, au début de l'année scolaire, la politique de la commission scolaire sur les premiers soins ;

- faire compléter par les parents, ou par l'élève lui-même s'il a plus de quatorze (14) ans, le formulaire « Renseignements et Autorisation<sup>1</sup> » :
  - au début de l'année scolaire pour les élèves de maternelle et de première secondaire ;
  - à l'inscription lorsqu'un élève s'inscrit pour la première fois dans une école de la commission scolaire<sup>2</sup>.
- déterminer avec l'infirmière les endroits où seront déposées les trousse de premiers soins ;
- assigner une personne comme préposée aux premiers soins ;
- assigner une personne comme responsable de la trousse de premiers soins ;
- favoriser chez les personnes préposées aux premiers soins une plus grande connaissance de base en secourisme ;
- susciter la participation du personnel à la sécurité et à l'hygiène du milieu ;
- s'assurer, dans les cas d'accidents, que les dispositions de transport ou de soins provisoires soient prises et que le rapport d'accident soit complété selon les procédures établies<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir annexe I

<sup>2</sup> Lors d'un transfert d'école à l'intérieur du territoire de la commission scolaire, le formulaire "Renseignements et Autorisation" devra être inséré dans le dossier académique et suivre l'élève à sa nouvelle école.

<sup>3</sup> Voir annexe II et III

## **6. RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU PRÉPOSÉ AUX PREMIERS SOINS**

Prodiguer les premiers soins selon les procédures établies par la commission scolaire et par l'école.

Référer à l'infirmière scolaire les élèves se présentant fréquemment pour un même problème.

Assurer le respect des procédures indiquées aux articles 9, 10 et 11 de la présente politique, de même que des procédures spécifiques à l'école dans les cas d'accident<sup>4</sup>.

Consigner les informations au registre prévu à cette fin<sup>5</sup>.

## **7. RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU RESPONSABLE DE LA TROUSSE DE PREMIERS SOINS**

S'assurer que le contenu de la trousse ne soit pas détérioré.

S'assurer que la trousse demeure toujours au même endroit.

S'assurer que le contenu de la trousse est utilisé exclusivement pour la clientèle visée.

Renouveler, au besoin, le matériel au cours de l'année scolaire et réviser le contenu de la trousse à la fin de l'année scolaire.

## **8. RÔLE ET RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE**

Agir comme personne-ressource auprès du personnel mandaté pour administrer les premiers soins.

Participer à la mise en place de mesures visant la prévention des accidents.

---

<sup>4</sup> Concernant notamment la communication avec les parents, le transport de l'élève et les formulaires à être complétés.

<sup>5</sup> Voir annexe IV

## 9. PROCÉDURES DANS LES CAS D'ACCIDENT OU DE MALAISE GRAVE<sup>6</sup>

La personne désignée :

- administre les premiers soins requis ;
- avertit les parents et convient avec eux, selon l'urgence et la nature du malaise ou de l'accident, soit du transport immédiat de l'élève au centre hospitalier le plus près, soit de son transport à la maison ;
- décide du transport de l'élève vers le centre hospitalier le plus près et en informe ultérieurement les parents si ces derniers ne peuvent être rejoints ;
- avertit le centre hospitalier<sup>7</sup> de l'arrivée de l'élève à la salle d'urgence et fournit, s'il y a lieu, les renseignements indiqués sur le formulaire « Renseignements et Autorisation » ;
- remet aux parents le formulaire « Autorisation de transport d'un élève »<sup>8</sup> ainsi qu'une note explicative<sup>9</sup>.
- s'assure de la présence d'un accompagnateur adulte pour l'élève dont l'état de santé exige une telle présence lors de son transport au centre hospitalier le plus près ;
- s'assure que l'accompagnateur demeure avec l'élève jusqu'au moment où sa présence n'est plus requise par les autorités médicales ;
- remplit le formulaire « Rapport d'accident - Continental Canada »<sup>10</sup> et le faire parvenir au Service des ressources humaines dans les quarante-huit (48) heures suivant l'accident.

---

<sup>6</sup> Tels que fracture, entorse, coupure profonde, perte de conscience, corps étranger dans un œil, hémorragie ...

<sup>7</sup> L'infirmière en chef ou sa remplaçante (annexe V)

<sup>8</sup> Voir annexe VI

<sup>9</sup> Voir annexe VII

<sup>10</sup> Voir annexe III



## 10. PROCÉDURES DANS LES CAS D'ACCIDENT MINEUR<sup>11</sup>

La personne désignée :

- administre les premiers soins ;
- fait reposer l'élève, si nécessaire, et autorise son retour en classe ;
- consigne les informations au registre prévu à cette fin.

## 11. PROCÉDURES DANS LES CAS DE MALAISES DIVERS<sup>12</sup>

La personne désignée :

- s'il y a fièvre, avertit les parents quel que soit le malaise et retourne l'élève à la maison ; si les parents sont absents, elle prend les dispositions qu'elle juge nécessaires ;
- si un même élève se présente à plusieurs reprises pour la même cause, le réfère à l'infirmière scolaire pour une meilleure investigation du problème ;
- ne donne AUCUN médicament<sup>13</sup> ;
- si le malaise semble grave, même s'il n'y a pas de fièvre, suit les démarches indiquées dans les cas d'accident grave ;
- consigne les informations au registre prévu à cette fin.

## 12. TRANSPORT EN CAS DE MALADIE

Lorsque la maladie de l'élève nécessite un retour à la maison ou un transport au centre hospitalier le plus près, les mesures suivantes s'appliquent :

- si l'école est située à La Sarre ou dans une autre municipalité où un service de taxi est disponible, c'est d'abord ce moyen de transport qui est privilégié ;
- pour les municipalités où il n'y a pas de service de taxi, la direction de l'école consulte les parents pour vérifier s'ils peuvent eux-mêmes effectuer le transport. Dans ce cas, la direction leur remet le formulaire « Autorisation de transport d'un élève »<sup>14</sup> ;

---

<sup>11</sup> Tels que coupure légère, saignement de nez accidentel, éraflure, écharde ...

<sup>12</sup> Tels que maux de tête ou de ventre, saignement de nez non accidentel, nausée, rhume, grippe, fièvre, éruption cutanée, épilepsie, perte de conscience, douleurs articulaires, poux ...

<sup>13</sup> Ni aspirine, ni sels de fruits ...

<sup>14</sup> Le remboursement sera effectué au taux en vigueur à la commission scolaire sans toutefois excéder quinze (15) dollars par transport, aller et retour compris.

- si la direction de l'école ne peut faire transporter l'élève par ses parents, elle s'adresse à toute autre personne de son choix et lui remet le formulaire « Autorisation de transport d'un élève ».

### 13. TRANSPORT SUITE À UN ACCIDENT D'ÉLÈVE

Lorsqu'un accident d'un élève nécessite son transport au centre hospitalier le plus près, la direction de l'école fait effectuer ce transport par taxi ou ambulance selon la nature et l'urgence de l'accident<sup>15</sup>. La direction de l'école remet au transporteur le formulaire « Autorisation de transport d'un élève ».

Le Service des ressources matérielles et financières acquittera la facture et le Service des ressources humaines se chargera de faire suivre la réclamation auprès des assureurs.

### 14. PROTOCOLE QUANT AUX MÉDICAMENTS

AUCUN médicament ne doit être administré dans les écoles sauf dans les cas de prescriptions médicales où l'élève fournit le médicament et doit le prendre à l'intérieur de son horaire régulier. Dans ce dernier cas, le formulaire « Autorisation concernant l'administration de médicaments à l'école » doit être dûment complété, signé et versé au dossier de l'élève concerné<sup>16</sup>. L'annexe 11 explicite les procédures afférentes à ce dernier cas<sup>16</sup>.

### 15. COURS DE SECOURISME

La commission scolaire organise si nécessaire des cours de premiers soins ou de secourisme à l'intention du personnel des écoles et plus spécifiquement à l'intention du personnel assigné aux premiers soins. Ces cours sont organisés en collaboration avec l' **Ambulance Saint-Jean** de la région 08.

---

<sup>15</sup> Dans le cas d'une noyade ou d'une semi-noyade, le transport devrait toujours être effectué par une ambulance.

<sup>16</sup> Voir annexe X

## ANNEXE I RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATION

### Renseignements et Autorisation

Nom de l'élève: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ No assurance-maladie: \_\_\_\_\_

#### EN CAS D'URGENCE:

Père ou tuteur: \_\_\_\_\_  
(nom et prénom) tél. résidence - bureau \_\_\_\_\_

Mère: \_\_\_\_\_  
(nom et prénom) tél. résidence - bureau \_\_\_\_\_

Autre personne pouvant être rejointe si les parents sont absents:

\_\_\_\_\_ (nom et prénom) tél. résidence - bureau \_\_\_\_\_

#### L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE:

Maladie? \_\_\_\_\_ Si oui, spécifiez: \_\_\_\_\_

Infirmité? \_\_\_\_\_ Si oui, spécifiez: \_\_\_\_\_

Allergie aux médicaments? \_\_\_\_\_ Si oui, spécifiez: \_\_\_\_\_

Autre allergie? \_\_\_\_\_ Si oui, spécifiez: \_\_\_\_\_

#### L'ÉLÈVE PREND-IL DES MÉDICAMENTS D'UNE FAÇON RÉGULIÈRE?

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Pourquoi? \_\_\_\_\_

#### L'ÉLÈVE EST-IL SUIVI RÉGULIÈREMENT PAR UN MÉDECIN?

Si oui, nom du médecin \_\_\_\_\_

Autorisation de soins dans les cas de malaise ou  
d'accident nécessitant une référence au centre hospitalier

J'autorise le personnel à administrer les traitements appropriés en cas d'urgence. De plus, je m'engage à informer l'école de tout changement concernant l'état de santé de l'élève.

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur  
de l'élève de moins de 14 ans

## **ANNEXE II**

### **LOI DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

#### Article 42

Un établissement ou un médecin peut fournir les soins ou traitements requis par l'état de santé d'un mineur âgé de quatorze ans ou plus, avec le consentement de celui-ci, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir le consentement du titulaire de l'autorité parentale; l'établissement ou le médecin doit toutefois avertir le titulaire de l'autorité parentale; l'établissement ou le médecin doit toutefois avertir le titulaire de l'autorité parentale en cas d'hébergement pendant plus de douze heures ou de traitements prolongés.

Lorsqu'un mineur est âgé de moins de quatorze ans, le consentement du titulaire de l'autorité parentale doit être obtenu; toutefois, en cas d'impossibilité d'obtenir ce consentement ou lorsque le refus du titulaire de l'autorité parentale n'est pas justifié par le meilleur intérêt de l'enfant, un juge de la Cour supérieure peut autoriser les soins ou traitements.

Cette loi est en vente chez :

L'ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC  
Ministère des Communications  
675, boulevard St-Cyrille  
G1R 4Y7

(643-5150 ou 643-8055)

Le paiement doit accompagner la commande.

## ANNEXE III RAPPORT D'ACCIDENT



### RAPPORT D'ACCIDENT

Annexe 3

Commission scolaire ABITIBI Police No 2250011Personne responsable Marcel Chouinard, coordonnateur SRH Tél. No (819) 333-5411**ÉCLAMANT**

1. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

2. Adresse \_\_\_\_\_ Tél. No \_\_\_\_\_

3. École \_\_\_\_\_ Tél. No \_\_\_\_\_ Personne à contacter \_\_\_\_\_

4. Date \_\_\_\_\_ Heure: A.M. \_\_\_\_\_ P.M. \_\_\_\_\_

5. Lieu de l'accident: École \_\_\_\_\_ Cour \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

6. a) Décrire brièvement l'incident \_\_\_\_\_

b) Décrire la blessure \_\_\_\_\_

7. Nom du professeur responsable au moment de l'accident \_\_\_\_\_

## 8. Mesures immédiates:

Premiers soins \_\_\_\_\_

Transport au Service de Santé \_\_\_\_\_

Transport à la maison \_\_\_\_\_

Transport à l'hôpital \_\_\_\_\_

9. Témoins: 1. Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tél. No \_\_\_\_\_

2. Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tél. No \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Reservé À La Compagnie D'Assurance

Dossier No.

Responsable du Dossier



## ANNEXE V

CENTRE HOSPITALIER LA SARRE  
C.P. 6000 LA SARRE (Qc) J9Z 2X7

**POLITIQUE**

|   |  |                            |
|---|--|----------------------------|
| <b>EXPÉDITEUR :</b><br><br><b>YVON LYRETTE, D.S.I.</b>  | <b>PRÉPARÉE PAR:</b> Suzanne Nantel, adjointe D.S.I.<br><br><b>SANCTIONNÉE PAR :</b> | <b>NO :</b><br>DSI-1986-27 |
| <b>DESTINATAIRE :</b><br><br>Infirmière-chef de l'urgence   | <b>EN VIGUEUR LE :</b><br><br>23 décembre 1986                                       |                            |
| <b>OBJET :</b><br><b>ÉTUDIANT(E) RÉFÉRÉ(E) AU CENTRE HOSPITALIER</b>  |  |                            |
| <b>COPIES ENVOYÉES À :</b> Monsieur Marcel Chouinard, Coordonnateur<br>Commission Scolaire Abitibi - Polyno |  |                            |

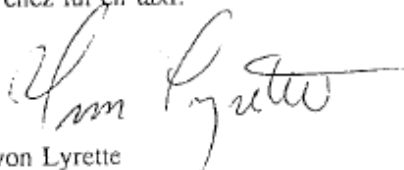
La direction de l'école ou la personne en autorité qui décide d'envoyer un enfant au Centre hospitalier La Sarre dans un cas d'urgence devra aviser l'infirmière à la salle d'urgence et lui donner les détails pertinents sur la nature de la blessure, de l'accident, etc. Exemple : Chute d'une hauteur de 5 pieds, perte de conscience, coupure au front, etc.

L'infirmière prendra les mesures nécessaires afin de minimiser la période d'attente de l'étudiant. Le personnel de la salle d'urgence verra à assurer les premiers soins à son arrivée et fera voir au médecin l'étudiant dans les plus brefs délais selon la gravité des cas.

Le personnel de la salle d'urgence avertira l'autorité de l'école ou les parents de la décision du médecin soit de garder ou non l'élève au Centre hospitalier.

L'escorte doit apporter au Centre hospitalier la fiche de renseignements de l'étudiant, s'il y a lieu. Les informations sont souvent données par téléphone lors de l'appel à l'urgence.

Si la visite à l'urgence s'effectue vers la fin des classes, la direction de l'école émet une note nous avisant que l'étudiant est autorisé à retourner chez lui en taxi.

  
 Yvon Lyrette  
 Directeur des soins infirmiers

YL/np

| REVISIONS |                 |
|-----------|-----------------|
| 1ère      | 14 février 1994 |
| 2ème      |                 |
| 3ème      |                 |
| 4ème      |                 |

## ANNEXE VI AUTORISATION DE TRANSPORT D'UN ÉLÈVE

Annexe 6

### Autorisation de transport d'un élève

**COCHEZ SELON LE CAS:**Transport pour cause d'accident  ou de maladie Transport effectué par: ambulance taxi parent autre  spécifiez \_\_\_\_\_Veuillez conduire: \_\_\_\_\_  
Nom et prénom de l'élève

De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée**RECLAMATION DU TRANSPORTEUR**A- Dans le cas d'une ambulance ou d'un taxi:

Faire parvenir la facture à l'adresse ci-dessous.

B- Dans les autres cas:

Mes frais pour le transport ci-dessus autorisé sont les suivants:

\_\_\_\_\_ km X 0,25 \$ = \_\_\_\_\_ \$

N.B.: Toutefois, le remboursement de tels frais aux parents ne devra pas excéder 15 \$ en cas de maladie.\_\_\_\_\_  
Date de l'accident\_\_\_\_\_  
\* Signature du réclamant\_\_\_\_\_  
Adresse

\* Lorsque c'est la mère qui signe la réclamation, elle doit donner son nom à la naissance.

**FAIRE PARVENIR A:** COMMISSION SCOLAIRE ABITIBI  
a/s Régisseur du transport  
500, rue Principale  
La Sarre (Québec)  
107 2 1 1



## ANNEXE VII

TABLEAU 1



*Commission scolaire Abitibi*  
SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES

Chers parents,

Nous tenons à vous informer que votre enfant a subi, aujourd'hui, un accident à l'école. Comme vous le savez sans doute, la Commission scolaire Abitibi possède une assurance-accident pour l'ensemble de ses élèves.

Afin de connaître les garanties prévues à cette police d'assurance-accident, nous vous invitons à consulter le feuillet "La Survivance" qui vous a été remis en début d'année scolaire et où il est mentionné "Résumé des avantages offerts aux étudiants réguliers de La Commission scolaire Abitibi (année scolaire 1993-1994)".

Si vous avez droit à une réclamation, vous devez utiliser le (ou les) formulaire(s) ci-joint(s) et le(s) poster vous-même dans les trente jours de l'accident à "La Survivance". Afin d'accélérer le règlement de votre demande de remboursement, nous vous suggérons de suivre les étapes suivantes:

1. Indiquer le numéro de police d'assurance (696,183);
2. Remplir la partie "DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE";
3. Demander au médecin (chiropraticien, orthophoniste, etc...) qui a traité votre enfant de remplir la "DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT". Il est à noter que le médecin peut exiger des frais pour remplir ce formulaire;
4. Faire signer le directeur de l'école;
5. Poster la réclamation et les pièces justificatives à:

La Survivance  
C.P. 10 000  
St-Hyacinthe (QUÉBEC)  
J2S 7C8

Pour plus d'informations au sujet de vos réclamations, vous pouvez contacter madame Josée Lapière à La Survivance au numéro de téléphone (514) 773-6051 ou au 1-800-363-1334.

La direction,

**ANNEXE VIII**

Annexe 8

RECLAMATION EN CAS D'ACCIDENT (ETUDIANTS)  
CLAIM IN CASE OF ACCIDENT (STUDENT)



Police Numéro: 696,183  
Policy Number:

NOM AU COMPLET DE L'ASSURÉ(E)  
FULL NAME OF INSURED: **COMMISSION SCOLAIRE ABITIBI**

DATE DE NAISSANCE  
DATE OF BIRTH:    -    -    A.Y.

NO. DE TELEPHONE  
TELEPHONE NO.:                     

NO. D'ASSURANCE SOCIALE  
SOCIAL INSURANCE NO.:                     

ADRESSE DE L'ASSURÉ(E)  
ADDRESS OF INSURED: 50 Rue Principale, La Sarre, Qué. J9Z 2A2

Ville ou Village - City or Town Prov. Code POSTAL code

**DECLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE - STATEMENT OF INSURED PERSON**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Nom de l'institution fréquentée:<br>Name of the school:                               |  | Nom de la Commission Scolaire:<br>Name of School Board Commission: |  |
| Date de l'accident:<br>Date accident occurred:  |  | Heure exacte:<br>Exact time:                                       | A.M. <input type="checkbox"/><br>P.M. <input type="checkbox"/> |
| Lieu de l'accident:<br>Place of the accident:   |  |  |  |
| Activité exercée au moment de l'accident:<br>Duties performed when accident occurred: |  |  |  |
| Genre d'accident: (détails S.V.P.)<br>Kind of accident: (give details)                |  |  |  |
| Nature des blessures:<br>Nature of injuries:  |  |  |  |

J'autorise par les présentes, mon médecin à fournir les renseignements demandés pour cette réclamation - I hereby authorize my physician to release the information requested with respect of this claim.

du père (en lettres mouillées) - Name of father (please print)

Adresse (en lettres mouillées) - Address (please print)

Date \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

Signature du père ou de l'assuré(e) - The signature of the father or the insured.

**IMPORTANT**

Ne pas oublier d'inclure les comptes ou les reçus originaux justifiant les dépenses encourues. - Les honoraires de médecins pour compléter des rapports médicaux sont aux frais de l'assuré.  
All expenses must be supported by a receipt. - Medical fees for completion of medical reports are to be paid by the claimant.

**DECLARATION DE L'INSTITUTION (si l'étudiant(e) est assuré(e) durant les heures régulières de classe seulement).  
STATEMENT OF THE SCHOOL AUTHORITIES (if the insured is covered during school hours only).**

Nous attestons qu'au moment de l'accident, l'étudiant(e) plus haut mentionné(e) était inscrit(e) à nos cours réguliers. OUI  NON   
We certify that at the time of the accident the above mentioned student was a full time student. YES  NO

Nous attestons que l'accident s'est produit durant une activité approuvée par l'institution et sous surveillance. OUI  NON   
We certify that the accident occurred during regular school hours under school surveillance. YES  NO

Date \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

Signature du directeur de l'école, du directeur des services aux étudiants ou de son délégué.  
Signature of the director of the school, the director of the student services or his substitute.

**DECLARATION DE L'EMPLOYEUR (si la police prévoit une indemnité hebdomadaire).  
EMPLOYER'S STATEMENT (if the policy provides for a weekly income benefit).**

Date à laquelle l'Assuré fut absent de son travail pour la première fois à cause de la présente invalidité.  
Date Insured was first absent from work in present disability. \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

à laquelle il a repris son travail. - Date work was resumed. \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_  
Employer

Date \_\_\_\_\_

Nom du patient - Patient's Name \_\_\_\_\_

Adresse - Address \_\_\_\_\_

**GENERAL**

1 - Diagnostic (décrivez les complications, s'il y a lieu) - *Diagnosis (describe complications, if any).*

---

2 - Est-ce un cas concernant la C.S.S.T. ou la R.A.A.Q.? - *Is this a Health and Security Workmen's Compensation Board case or of R.A.A.Q.?*  
 OUI - YES  NON - NO

3 - L'état est-il dû à une grossesse? - *Is condition due to pregnancy?*  
 OUI - YES  NON - NO   
 Si "OUI" quelle était la date approximative du début de la grossesse?  
*If "YES" what was approximate date of commencement of pregnancy?* \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

4 - S'il s'agit d'une hospitalisation, donnez le nom de l'hôpital et la date du début de l'hospitalisation.  
*If hospitalized give name of hospital and date of admission.*  
 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

**MEDICAL**

5 - Dates des visites (Y), (N) de nuit, de jours fériés, ou d'urgence. - *Dates of visits (Y), (N) for night, holiday or emergency.*

| Lieu - Place        | Mo. - Mo. | A.-Y. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
|---------------------|-----------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Bureau<br>Office    |           |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Hôpital<br>Hospital |           |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Domicile<br>Home    |           |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**Informations pour le temps de repos**  
*Information of time rest*

6 - a) D'après ma conviction, le patient a été totalement invalide (dans l'impossibilité de travailler)  
*To the best of my knowledge, the patient has been totally disabled (unable to work)*  
 du \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ *from to* y compris inclusive

b) S'il est toujours invalide, donnez la date approximative à laquelle le patient devrait reprendre son travail.  
*If still disabled give approximate date patient should be able to return to work.*  
 Date \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

7 - Combien de temps le patient a-t-il ou sera-t-il partiellement invalide? - *How long was or will patient be partially disabled?*  
 du \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ *from to* y compris inclusive

**Supplémentaires Médicaux**  
*Supplementary Medical*

8 - Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour cet état? - *When did patient first consult you for this condition?*  
 Date \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

9 - D'après votre conviction - *To the best of your knowledge.*  
 a) Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu? - *When did symptoms first appear or accident happen?*  
 Date \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

b) Le patient a-t-il jamais été dans cet état-là ou dans un état analogue? - *Has patient ever had same or similar condition?*  
 Si "OUI", mentionnez quand et veuillez détailler. - *If "YES", state when and describe.*  
 OUI - YES   
 NON - NO

10 - Décrivez toutes les autres invalidités ou maladies affectant l'état actuel. - *Describe any other disease or infirmity affecting present condition.*

**Remarques**  
*Remarks*

DATE \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
 Address No. rue - street Ville - City Province

**AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR - AUTHORIZATION OF PATIENT OR GUARDIAN**

Par la présente, j'autorise l'assureur et le détenteur de police collective à fournir tous les renseignements requis concernant cette réclamation.  
*I hereby authorize the release to the insurer and the Group Policyholder of any information requested in respect of this claim.*

DATE \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ Signature du Patient ou du Tuteur s'il est mineur \_\_\_\_\_





## ANNEXE X

### AUTORISATION CONCERNANT L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Annexe 10



Nom de l'élève: \_\_\_\_\_ École: \_\_\_\_\_

Titulaire: \_\_\_\_\_ Pavillon: \_\_\_\_\_

Niveau: \_\_\_\_\_

Médicaments utilisés par l'élève:

Contre indication aux médicaments:

Précautions à prendre:

Façon d'administrer les médicaments (posologie, fréquence, heure...):

Autres informations jugées nécessaires:

Je soussigné, \_\_\_\_\_, autorise le personnel de l'école \_\_\_\_\_ à administrer à mon enfant \_\_\_\_\_ les médicaments suivants:

J'autorise également la direction de l'école à communiquer, si nécessaire, avec le pharmacien qui a délivré la prescription, à savoir:

afin d'obtenir tout renseignement utile à l'administration de ladite prescription.

J'affirme que ces médicaments sont prescrits par un médecin reconnu et nécessaires à la santé de mon enfant et je dégage le personnel de l'école de toute responsabilité relative à l'administration desdits médicaments.

En foi de quoi j'ai signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_ 199 \_\_\_\_\_



## ANNEXE XI

### PROCÉDURES D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT À L'ÉCOLE

Annexe 11

#### PROCÉDURES D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

#### Objectif:

Etablir des procédures préventives en milieu scolaire afin d'assurer l'administration de médicaments d'une façon sécuritaire.

**N.B.:** Les actes posés par le personnel des écoles sont des actes exécutés de bonne foi et non pas des actes infirmiers ou médicaux.

#### PARENTS

- 1- Encourager l'enfant à se préoccuper de son état de santé et à être autonome le plus rapidement possible face à la prise de médicaments.
- 2- Lui fournir des moyens pour l'encourager à penser de prendre ses médicaments en respectant la posologie s'il a l'âge et l'autonomie requis.
- 3- Si l'enfant doit prendre des antibiotiques ou autres obtenir du médecin la prescription et les informations utiles.
- 4- Déterminer les heures pour la prise des médicaments qui nuisent le moins possible au fonctionnement de leur enfant à l'école.
- 5- Fournir à l'école les médicaments requis.
- 6- Fournir à l'école toute l'information pertinente concernant l'état de santé de l'enfant.
- 7- Signer le formulaire pour autoriser l'application des présentes procédures.

#### ENSEIGNANTE(E)

- 1- Si l'enfant n'est pas autonome face à la prise de médicaments, faire signer le formulaire de désengagement aux parents. (voir annexe)
- 2- Prendre connaissance de la façon d'administrer le médicament en étant attentif aux commentaires des parents.
- 3- Administrer les médicaments selon les besoins.
- 4- Garder un contact étroit avec les parents pour les informer de toute modification de la situation et en aviser la direction et l'infirmière si cette dernière est présente.
- 5- Collaborer avec la direction de l'école pour favoriser l'application de ces procédures.

#### DIRECTION

- 1- Voir à l'application des procédures.
- 2- S'assurer que les enseignants(es) ont reçu la feuille de désengagement et ont bien compris les procédures.
- 3- Fournir un lieu sécuritaire et accessible pour y conserver les médicaments.
- 4- Communiquer avec les parents s'il arrive une situation complexe.

#### MESSAGE IMPORTANT

**Il est interdit d'administrer des médicaments aux enfants sans prescription et sans que les procédures suivantes aient été respectées.**