

FICHE SANTÉ (2023-2024)

Nom : _____ Prénom : _____ Chambre : 6- _____

Contacts en cas d'urgence :

Contact 1

Nom : _____ Lien (ex. : Mère) : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone cellulaire : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____

Contact 2

Nom : _____ Lien (ex. : Mère) : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone cellulaire : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____

Avez-vous un ou des problèmes de santé ou de déficits ? Non Oui (précisez)

<input type="checkbox"/>	Allergies _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Diabète _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Épilepsie _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Autre _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Autre _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Autre _____	Médicament _____	Posologie _____

Déficit visuel : _____

Déficit auditif : _____

Quelle est la meilleure façon ou quelles sont les meilleures façons de vous aider en lien avec votre ou vos problèmes de santé ou déficits?

Quotidiennement : _____

En situation de crise: _____

CES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NE SERVIRONT QU'AUX SEULES FINS DE LA RÉSIDENCE

Je certifie par ma signature que les renseignements fournis sur mon historique médical sont exacts et j'autorise le Cégep de Sherbrooke et son personnel à me donner les soins médicaux nécessaires en cas d'urgence. Je m'engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins qui me seront administrés, le cas échéant.

Signature : _____ Date : _____