



Renseignements médicaux et d'urgence pour les élèves/Student Emergency /Medical Information

Nom de famille/Last Name: _____ Prénom/First Name: _____ Date de naissance/DOB: _____

École/School: _____ Salle/Section//Room/Sec: _____

_Classe/Grade: _____

Adresse du domicile/Home Address: _____ Téléphone à domicile/Home phone: _____

Mère/Mother: _____ courriel/email: _____ téléphone/phone: _____

Père/Father: _____ courriel/email: _____ téléphone/phone: _____

Tuteur/Guardian: _____ courriel/email: _____ téléphone/phone: _____

Les personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents) doivent être locales et disponibles pour être contactées/Emergency contacts (autres que les parents/ other than parents) must be local and available for contact: Nom et lien de parenté avec l'enfant/Name and Relationship to child Téléphone/Phone

1. _____

2. _____

Médecin/Clinique de l'enfant/ Child's Doctor/Clinic: _____

Téléphone/Phone: _____ **Assurance médicale/Medical Insurance :**

MA ___ CHIP ___ Privé/Private Nom de la compagnie d'assurance/ Insurance company name: _____ Numéro de police/Policy **Number** _____

Veillez encercler ci-dessous pour

Veillez **ENCERCLER** ce qui suit si votre enfant/Please **CIRCLE** the **donner la permission à l'infirmière de**

following if your child: l'école de donner des médicaments à votre enfant/Please circle below to give permission to the school nurse to

Porte : Des verres/Wears: Glasses Prothèse auditive/Hearing aid A : Crises/Has: Seizures Diabète/Diabetes Asthme/Asthma Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité/ADHD **give your child medication.**

Énumérez les allergies/List Allergies: La substitution alimentaire nécessite une nouvelle commande annuelle d'un fournisseur de soins de santé/Food substitution requires Acetaminophen (Tylenol) **OUI/**

NON/ YES

NO

Ibuprofen (Advil, Motrin) **OUI/**

YES

a new order yearly from a health care provider: _____

D'autres problèmes de



santé/Other Health Problems: _____

Votre enfant prend-il des médicaments ? / Does your child take medication? ____NON/NO ____ OUI/YES
(veuillez énumérer/please list)

Médicaments/Medication Dose/ Dose Fréquence/Heure//Frequency/Time Raison/Reason

NO N/ NO

Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info_SHS (French)

Votre signature autorise le traitement d'urgence ainsi que les infirmières scolaires du District scolaire de Philadelphie à administrer les médicaments que vous indiquez sur ce formulaire d'urgence, pendant les heures de classe, lors des sorties éducatives et des activités parascolaires. J'autorise l'infirmière scolaire à communiquer avec le fournisseur de soins de santé de mon enfant et mon fournisseur de soins de santé à répondre au besoin concernant les soins de mon enfant.

Signature du Parent/Tuteur

_____ **Date** _____

Revised S-865
(06/2019)

**FACULTA
TIF**

**Utilisation d'écran solaire topique non aérosol à
l'école**

Les parents/tuteurs peuvent choisir de fournir à leur enfant **un écran solaire topique non aérosol**, s'il est approuvé par la Food and Drug Administration des États-Unis. Pour qu'un élève puisse appliquer de la crème solaire pendant les heures de classe, lors d'une activité parrainée par l'école ou sous la supervision du personnel de l'école, le parent/tuteur doit remplir l'attestation ci-dessous.

***Attestation du
parent/tuteur***

- En signant ci-dessous, vous confirmez que vous comprenez que l'école n'est pas responsable de s'assurer que l'écran solaire est appliqué par l'élève.
- En signant ci-dessous, vous confirmez que l'élève a démontré qu'il est capable d'appliquer lui-même l'écran solaire.

Signature du Parent/Tuteur : Date : _____

L'école peut annuler ou restreindre la possession, l'application ou l'utilisation d'un écran solaire topique non aérosol par un élève si l'une des situations suivantes se produit :

- L'élève ne respecte pas les règles de l'école concernant la possession, l'application ou l'utilisation du produit de protection solaire topique non aérosol.



- L'élève démontre une réticence ou une incapacité à protéger le produit de protection solaire topique non aérosol de l'accès d'autres étudiants. Si une école annule ou restreint la possession, l'application ou l'utilisation d'un écran solaire topique non aérosol par un élève, l'école doit en aviser par écrit le parent/tuteur de l'élève.