



THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

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* _____

Acetaminophen (Tylenol)	Oui/ YES	No
Ibuprofen (Advil, Motrin)	Oui /YES	No

Ma signature ci-dessous indique que je comprends les politiques et que j'accepte :

Les soins médicaux et/ou dentaires d'urgence, y compris l'administration de médicaments d'urgence, qui peuvent être nécessaires pour préserver la vie de mon enfant ou pour prévenir une altération de sa santé dans le cas où le temps ne permettrait pas d'obtenir mon consentement personnel pour de tels soins. Je comprends que je serai contacté dès que possible et que j'assumerai la responsabilité de donner l'autorisation pour les soins en cours.

Veillez **ENCERCLER** ce qui suit si votre enfant/*Please CIRCLE the following if your child:*

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*

Énumérez les allergies/*List Allergies:* La substitution alimentaire nécessite une nouvelle commande annuelle d'un fournisseur de soins de santé

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/<i>Medication</i>	Dose/ <i>Dose</i>	Fréquence/Heure//<i>Frequency/Time</i>	Raison/<i>Reason</i>

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)

FACULTATIF

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.