

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin/cabinet médical : _____ Téléphone _____

Mise en garde médicale

Est-ce que l'enfant a un problème de santé qui peut affecter sa participation à des activités physiques ? Oui Non

Restrictions _____
(par ex., monter des escaliers, participer aux cours de gymnastique)

Allergies _____

Plan 504 pour l'année en cours ? Oui Non Les années précédentes ? Oui Non

Mon enfant (cochez tout ce qui s'applique) : A une assurance santé privée A Medicaid N'a pas d'assurance santé

Si votre enfant « n'a pas d'assurance santé », souhaitez-vous partager les informations de cette fiche pour en savoir plus sur les options d'assurance ? Oui Non

Si aucun des contacts indiqués ne peut être joint, que souhaitez-vous que l'école fasse si votre enfant tombe malade ou est blessé ?

Il est entendu qu'en cas de décision finale concernant un cas d'urgence, le jugement des autorités scolaires prévaudra.
La recommandation du parent indiquée ci-dessus sera respectée autant que possible.

FRÈRES/SŒURS

Nom du frère/de la sœur	Prénom du frère/de la sœur	École fréquentée par le frère/la sœur

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/DE LA TUTRICE

Le chef d'établissement sera informé par écrit de tout changement dans les informations contenues dans cette fiche _____
Signature du parent/tuteur/de la tutrice

PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉCOLE / FOR SCHOOL USE ONLY

À remplir par le personnel scolaire uniquement.

Grade _____ Classe _____ N° salle _____ Enseignant _____

Veuillez lister ci-dessous les personnes à contacter en cas d'urgence, de maladie ou de blessures. Documents pertinents du dossier médical

Date	Coordonnées	Motif	Mesure