

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS SUR LA SANTÉ

En cas d'urgence, le personnel scolaire contactera le 911.

Tout sera mis en œuvre pour contacter les parents, un tuteur ou un contact d'urgence désigné.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de famille :	Prénoms :	Date de naissance :	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Classe
Nom de l'établissement scolaire :				
L'élève est-il couvert par une assurance médicale ? <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Aide médicale <input type="checkbox"/> Sans assurance		L'élève est-il couvert par une assurance dentaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

PROBLÈMES DE SANTÉ ACTUELS

Veillez cocher les problèmes médicaux suivants en mesure d'affecter votre enfant à l'école. Ces renseignements peuvent être partagés avec le personnel de FCPS si nécessaire.

L'élève n'a pas de problèmes médicaux particuliers

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'attention/Troubles de l'attention avec hyperactivité | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Allergies (cocher tout ce qui s'applique) | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Nourriture _____ | <input type="checkbox"/> Troubles auditifs <input type="checkbox"/> Appareil auditif |
| <input type="checkbox"/> Piqûre d'abeille/d'insecte _____ | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques _____ |
| <input type="checkbox"/> Médicaments _____ | <input type="checkbox"/> Diagnostic de troubles mentaux _____ |
| <input type="checkbox"/> Pesticides/Produits chimiques* _____ | <input type="checkbox"/> Handicap physique _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> Asthme : l'élève a-t-il eu une crise d'asthme au cours des douze derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Troubles visuels _____ |
| <input type="checkbox"/> Troubles sanguins _____ | <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles de contact |
| | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Les renseignements ci-dessus indiquent un changement de l'état de santé par rapport à l'année scolaire écoulée

*Le FCPS utilise des programmes de lutte intégrée pour identifier et contrôler les problèmes de nuisibles dans les établissements scolaires. Les écoles **primaires** sont tenues de notifier le personnel et les parents/tuteurs de tous les élèves 24 heures avant l'utilisation de pesticides au sein de l'école, à l'intérieur comme à l'extérieur. **Les collèges et lycées** sont tenus de notifier uniquement les parents, tuteurs ou membres du personnel qui en auront fait la demande par écrit. Les formulaires de demande de notification sont disponibles dans tous les établissements scolaires et doivent être mis à jour tous les ans. Veuillez consulter le DCPS Calendar Handbook pour plus de détails, ou contactez l'établissement scolaire de votre enfant.

MÉDICAMENTS

Listez ici tous les médicaments – et leur posologie – que votre enfant prend habituellement

Les médicaments ne sont pas obligatoires à l'école

Si l'élève doit prendre des médicaments en vente libre ou délivrés sur ordonnance ou doit suivre un traitement à l'école, le médecin traitant et les parents **doivent** remplir et remettre le(s) formulaire(s) d'autorisation approprié(s). Ces derniers sont disponibles auprès de l'infirmière de l'établissement scolaire de votre enfant ou sur le site web <http://www.fcps.org/> (cliquez sur Forms).

Médicaments : _____

Par la présente, j'autorise l'école à procurer les soins médicaux d'urgence et le transport en urgence nécessaire vers une structure médicale, dans le cas où je ne serais pas joignable. Je comprends et autorise que le dossier médical de mon enfant – ou tout autre renseignement médical –, fourni à l'école, soit mis à disposition du FCPS et du personnel du Département de la santé du Comté de Frederick (Frederick County), ainsi qu'au personnel médical d'urgence habilité, pour des raisons médicales/éducatives légitimes, à avoir accès à de tels dossiers et renseignements.

Nom du parent/tuteur (en lettres capitales) : _____ Numéro principal de tél _____

Signature du parent/tuteur : _____ **Date** _____