

ÉCOLES Publiques de Brockton

Formulaire Confidentiel d'Information d'Urgence de l'Étudiant

Date _____

Niveau _____ Room _____

Nom de l'Étudiant _____
 Last First Middle Date de Naissance _____

Adresse _____ Brockton, MA 0230 _____
 Lieu de Naissance _____
 Tél. De Maison () _____
 Tél. Portable() _____

Les urgences telles qu'une maladie soudaine ou un accident se produisent souvent à l'école. En cas d'urgence, votre enfant sera transporté à l'hôpital local le plus proche.

Veillez compléter les informations suivantes:

Nom du Parent 1/Gardien 1 _____ Adresse _____ Ville/Bourg _____ Code Postal _____ Relation à l'étudiant _____

Nom du Parent 2/Gardien 2 _____ Adresse _____ Ville/Bourg _____ Code Postal _____ Relation à l'étudiant _____

L'enfant vit avec: Les deux () Parent1 () Parent 2 () Gardien ()

Profession du Parent 1/Gardien's _____ Lieu d'Embauche _____
 Adresse _____ Ville/Bourg _____ Tél. () _____
 Profession du Parent 1/Gardien's _____ Lieu d'Embauche _____
 Adresse _____ Ville/Bourg _____ Tél. () _____

Veillez désigner **deux autres** adultes responsables pour prendre soin de votre enfant dans le cas où vous ne pouvez pas être contacté.

Nom _____ Adresse _____
 Ville/Bourg _____ Tél. () _____

Nom _____ Adresse _____
 Ville/Bourg _____ Tél. () _____

Veillez indiquer si vous avez des restrictions de famille (par exemple, ordonnance restrictive actuelle)

Prière d'indiquer si votre enfant a eu La Varicelle ___ La Rubéole ___ La Tuberculose ___
Prière d'indiquer si votre enfant porte des Aide(s) auditive(s) ___ des Lunettes ___ des Dentiers ou des Plaques partielles ___
 Liste **des médicaments**, ou **de maladies chroniques** telles que des problèmes d'yeux ou d'oreilles, les maladies cardiaques, le diabète, l'asthme, les allergies *, les troubles épileptiques, etc. Explication _____

***Indique toute allergie** (être précis) _____

Nom du Médecin _____ Adresse _____ Tél. () _____
 Nom du Dentiste _____ Adresse _____ Tél. () _____

Assurance santé _____ Numéro de police _____

Numéro de groupe _____
 Votre enfant a-t-il eu un examen physique dans les deux dernières années? ___ oui ___ non Date _____ Dernière visite dentaire Date _____

I give permission for the School Nurse to share medical information with the appropriate school personnel and to contact my child's physician as necessary.

Signature du Parent/Gardien _____ Date _____

Liste d'autres enfants vivant dans la maison.

Nom	Date de Naissance	Nom de l'école fréquentée

Si vous n'avez pas d'assurance santé, le Commonwealth du Massachusetts a un plan d'assurance-maladie qui fournira les enfants non assurés des soins de santé abordables (réserve de certaines restrictions). Si vous êtes intéressé à plus d'informations sur ce programme, s'il vous plaît communiquer avec l'infirmière scolaire. L'infirmière de l'école a la commande médicale permanente de notre médecin scolaire pour administrer le Tylenol pour la douleur, la fièvre, l'Epipen pour l'anaphylaxie inconnue, le Benadryl par voie orale pour les démangeaisons, la crème d'hydrocortisone pour les éruptions inflammatoires, une pommade antibiotique pour les abrasions mineures et la nébulisation d'Albuterol pour les asthmatiques connus. Je donne la permission à l'infirmière de l'école pour administrer les médicaments mentionnés ci-dessus comme ordonné par le médecin scolaire.

Parent/ Guardian signature _____ Date _____