

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin  
 Nom Prénom

**HARRISBURG SCHOOL DISTRICT - CARTE DE RENSEIGNEMENTS D'URGENCE MÉDICALE**

ANNÉE SCOLAIRE \_\_\_\_\_ NIVEAU \_\_\_\_\_ INFIRMERIE \_\_\_\_\_ PROFESSEUR \_\_\_\_\_

Adresse domicile \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_

Nom de la mère \_\_\_\_\_ Tél. prof. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_ Tél. prof. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Ou nom du tuteur \_\_\_\_\_ Tél. prof. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

**Contacts en cas d'urgence (autres que les parents ou le tuteur)**

Nom et lien avec l'élève \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Autres tél. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**\*REMARQUE** : sauf instruction contraire, toute personne indiquée dans la liste de contacts est susceptible d'être contactée.

<b>Nom et numéro de téléphone du médecin de l'élève :</b> Dr _____ (717) _____ - _____	<b>Nom et numéro de téléphone du dentiste de l'élève :</b> Dr _____ (717) _____ - _____
<b>Compagnie d'assurance :</b> <input type="checkbox"/> Aide médicale <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre _____	<b>Date dernière visite chez le médecin et le dentiste :</b> Date : Médecin _____ Dentiste _____

**IMPORTANT : la signature de cette carte signifie que vous autorisez les points suivants :**

1. Harrisburg School District peut échanger des informations médicales et dentaires avec le médecin et le dentiste de votre enfant, et peut échanger des informations relatives à sa santé avec d'autres professionnels du district dans le cadre de l'éducation de votre enfant.
3. En cas d'urgence médicale, si votre enfant nécessite un examen à l'hôpital, nous pouvons être amenés à contacter le **911**. votre enfant pourra être transporté à l'hôpital par ambulance. Ce service n'est **PAS** pris en charge par le district.

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

- Indiquez les maladies graves, opérations, blessures, fractures ou diagnostics récents (asthme, drépanocytose, diabète, etc.).
- Indiquez tout PROBLÈME MÉDICAL PARTICULIER ou LIMITATION PHYSIQUE dont l'établissement doit être informé :
- Indiquez toute ALLERGIE SÉVÈRE (piqûre d'abeille, médicament, aliment, autre) :
- Indiquez tout traitement suivi par votre enfant et sa posologie :
- Indiquez toute autre information ou situation pouvant avoir un impact sur la réussite de votre enfant à l'école :

INFORMATIONS SUR LES FRÈRES ET SŒURS		
Nom, Prénom	Âge/Niveau	Établissement

LISEZ ET SIGNEZ LES INFOS SUIVANTES :
1). Dans le cadre d'une urgence nucléaire, j'autorise mon enfant à recevoir la dose appropriée d'iodure de potassium prescrite par un médecin.
<b>Entourez votre réponse :      Oui    ou    Non</b>
2). <b>ENTOUREZ</b> les traitements que vous autorisez votre enfant à recevoir au sein de l'établissement et conformément aux directives de l'établissement :
<b>Tylenol Pommade d'hydrocortisone Ibuprofène Tums</b>
X _____

