

**GREATER LOWELL TECHNICAL HIGH SCHOOL**  
**INFORMATIONS D'URGENCE**  
**2024-2025**

**A REMPLIR PAR LES PARENTS/TUTEURS LÉGAUX".**

Parent /tuteur : Les deux parent \_\_\_\_\_ Mère \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

L'eleve vivre avec: Les deux paren \_\_\_\_\_ Mère \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

En cas d'urgence pendant les heures de cours, il est nécessaire de contacter les parents/tuteurs afin de donner aux médecins et/ou aux hôpitaux l'autorisation de traiter les mineurs dans des situations d'urgence. **Il est de la plus haute importance que vous nous informiez immédiatement de tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone.**

Veillez écrire en lettres moulées

NOM DE L'ÉTUDIANT \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Numéro de telephone

Rue

Ville

Code postal

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE DE L'ÉTUDIANT: Mois \_\_\_\_\_ Jour  
: \_\_\_\_\_ Anne \_\_\_\_\_

NOM COMPLET DU PÈRE/TUTEUR : \_\_\_\_\_

LIEU DE TRAVAIL \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone  
Ext. \_\_\_\_\_

LA LANGUE PRINCIPALE DU PÈRE : \_\_\_\_\_  
Préférez-vous communiquer dans une langue autre que l'anglais ?

Non            Oui, si oui, veuillez indiquer la langue \_\_\_\_\_

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DE L'ÉTUDIANT  
: \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE L'ATTESTATION D'ASSURAN \_\_\_\_\_

NOM DU MÉDECIN \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

DONNEZ-VOUS L'AUTORISATION D'INFORMER LES ENSEIGNANTS DE TOUT PROBLÈME DE SANTÉ ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

L'ÉTUDIANT A-T-IL BESOIN D'UN EPI-PEN ? Oui \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ SI OUI, LE PARENT DOIT FOURNIR L'EPI-PEN À L'ÉCOLE.

L'ÉLÈVE A-T-IL DES PROBLÈMES PHYSIQUES OU PSYCHOLOGIQUES OU DES ALLERGIES ?  
No \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Si oui, veuillez expliquer.

L'ÉTUDIANT A-T-IL UN HANDICAP ? Oui Non

Si Oui, veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

PEI (Plan D'education individuel)

Plan 504

• L'ÉLÈVE PREND-IL DES MÉDICAMENTS. Oui \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez indiquer le type de médicament \_\_\_\_\_

• Si oui, sera-t-il pris pendant les heures de cours ? OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

JE DONNE À L'INFIRMIÈRE DE L'ÉCOLE L'AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS À MON ENFANT :

TYLENOL OUI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ COUGH DROPS OUI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(325mg, 2 tabs)

MIDOL Oui \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(crampes menstruelles )

ANTACID OUI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(Tourne, pour les maux d'estomac)

Si aucun des parents ne peut être localisé en cas d'urgence, veuillez nous fournir deux noms, autres que ceux des parents, qui sont autorisés par vous à prêter assistance.

**LES PERSONNES CHOISIES DOIVENT ÊTRE DISPONIBLES PENDANT LES HEURES DE COURS.**

NOM DE LA PERSONNE \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

ADRESSE DE LA PERSONNE. \_\_\_\_\_

Numero address

Rue / Ville

NOM DE LA PERSONNE \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

ADRESSE DE LA PERSONNE. \_\_\_\_\_

Numero address

Rue / Ville

**IL INCOMBE AUX PARENTS/TUTEURS D'ASSURER LE TRANSPORT DE LEUR ENFANT MALADE OU BLESSÉ. TOUTE MALADIE OU BLESSURE SURVENANT À LA MAISON N'EST PAS DE LA RESPONSABILITÉ DES PARENTS OU TUTEURS. DES INFIRMIÈRES SCOLAIRES ET DOIVENT ÊTRE PRISES EN CHARGE PAR LES PARENTS/TUTEURS.**

Les infirmières scolaires sont présentes à l'école pour les maladies survenant pendant les heures de cours et les blessures scolaires uniquement. Elles sont responsables des premiers soins et non des traitements de suivi.

**SI L'ÉTUDIANT DOIT ÊTRE TRANSPORTÉ PAR AMBULANCE, IL SERA TRANSPORTÉ À L'HÔPITAL LE PLUS PROCHE, L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE LOWELL.**

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR: \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**Ce formulaire doit être complété et renvoyé à Greater Lowell Tech dans les DIX jours suivant sa réception.**