

Établissements scolaires de Pickerington

Demande de soins de santé particuliers

Autorisation parentale

Nom de l'élève : _____

Je soussigné, le parent ou tuteur légal de l'élève nommé ci-dessus, demande que les soins de santé particuliers ou les services de soins d'urgence définis dans le formulaire joint **Demande d'autorisation de services de soins de santé particuliers par le médecin** et la procédure jointe approuvée par le médecin (ci-après désignés collectivement « Autorisation du médecin ») soient prodigués à mon enfant, et par la présente, j'avise le Comité d'éducation des établissements scolaires de Pickerington que mon enfant souffre d'une maladie nécessitant, pendant le temps scolaire ou les activités scolaires, des soins de santé ou services d'urgences tels que définis dans l'Autorisation du médecin ci-jointe.

J'accepte de fournir au personnel de l'école tous les médicaments, équipements et autres fournitures qui lui sont nécessaires. J'accepte d'informer immédiatement le proviseur ou son représentant en cas de changement dans les procédures ou les soins mentionnés, de modification du médecin de l'enfant ou de toute autre information contenue dans l'Autorisation du médecin ci-jointe.

J'autorise le personnel de l'école, tel qu'il aura été désigné par le proviseur, à prodiguer les soins de santé ou d'urgence ci-joint approuvés par le médecin. Je comprends que les soins de santé ou d'urgence seront prodigués par du personnel dûment formé et que, sauf indication contraire, ces personnes ne sont pas des professionnels de santé qualifiés. La formation du personnel pour prodiguer des soins de santé ou d'urgence se limite à celle fournie par l'infirmerie scolaire telle qu'elle est définie dans le module d'apprentissage, dont j'ai reçu un exemplaire.

En signant cette Autorisation, j'accepte de dégager et de tenir indemne le Comité d'éducation des établissements scolaires de Pickerington, ses employés, membres du comité, agents et représentants, de toute responsabilité quant aux dommages ou aux blessures qui résulteraient directement ou indirectement de cette autorisation et de la dispense des soins de santé spécialisés ou des soins d'urgence décrits dans l'Autorisation du médecin ci-jointe.

Autorisation des parents :

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date : _____

Nom en majuscules : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____