

Établissements scolaires de Pickerington

Demande de soins de santé particuliers

Autorisation du médecin

Cher médecin :

Votre patient(e), _____, résidant au _____

et né(e) le _____ est élève dans les établissements scolaires de Pickerington.

Son parent ou tuteur légal demande à ce que des interventions de soins de santé particuliers soient pratiquées sur cet élève pendant ses heures de présence à l'école. Nous vous demandons votre aide afin d'identifier les informations de santé et les services qui doivent lui être fournis dans le cadre scolaire. Nous sommes impatients de travailler avec vous afin de soutenir votre patient de façon plus sûre et adaptée dans le milieu éducatif.

Procédure :

- J'ai vérifié et approuvé la procédure ci-jointe telle qu'elle est rédigée.
- J'ai vérifié et approuvé la procédure ci-jointe en y ajoutant une modification.
- Veuillez me contacter à ce propos afin que je puisse vérifier et/ou approuver toute procédure.

Autres recommandations :

Veillez indiquer l'heure, le rythme, la durée du traitement et toute précaution spécifique ou réaction possible, ainsi que les interventions.

Autorisation du médecin :

Signature du prestataire : _____ Date : _____

Nom du prestataire : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____