

LYCÉE TECHNIQUE DU GRAND LOWELL
INFORMATIONS D'URGENCE
2025-2026

À REMPLIR PAR LES PARENTS/TUTEURS LÉGAUX :

Parent/tuteur légal : ☐ Les deux parents ☐ Père ☐ M ère ☐ Autre_____

L'étudiant vit avec : ☐ Les deux parents ☐ Père ☐ M ère ☐ Autre_____

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

S'il vous plaît imprimer

NOM DE L'ÉTUDIANT : _____ GRADE : _____
Le Nom prénom Prénom secondaire

ADRESSE : _____
Numéro Rue Ville Code postal

TÉLÉPHONE RÉSIDENTIEL # _____ TÉLÉPHONE PORTABLE# _____

DATE DE NAISSANCE DE L'ÉTUDIANT : Mois : ____ Jour : ____ Année : ____ LIEU DE NAISSANCE, _____

NOM COMPLET DU PÈRE/TUTEUR : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : Indicatif régional ____ Numéro _____ Ext. _____

LANGUE MATERNELLE DU PÈRE : _____
Préférez-vous communiquer dans une autre langue que l'anglais ?

☐ Non ☐ Oui, si oui, veuillez indiquer la langue _____

NOM COMPLET DE LA MÈRE/TUTRICE : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : Indicatif régional ____ numéro _____ Ext. _____

LANGUE MATERNELLE DE LA MÈRE : _____
Préférez-vous communiquer dans une autre langue que l'anglais ?

☐ Non ☐ Oui, si oui, veuillez indiquer la langue _____

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE DE L'ÉTUDIANT : _____

NUMÉRO DU CERTIFICAT D'ASSURANCE MALADIE DE L'ÉTUDIANT : _____

NOM DU MÉDECIN DE L'ÉTUDIANT : _____ TÉLÉPHONE # _____

ACCORDEZ-VOUS LA PERMISSION D'INFORMER LES ENSEIGNANTS DE TOUTE CONDITION MÉDICALE ? Oui ☐
Non ☐

L'ÉTUDIANT A-T-IL BESOIN D'UN EPI-PEN ? Oui ☐ Non ☐ SI OUI, LE PARENT DOIT FOURNIR L'EPI-PEN À L'ÉCOLE.

plus



L'ÉTUDIANT A-T-IL DES PROBLÈMES PHYSIQUES OU PSYCHOLOGIQUES ET/OU DES ALLERGIES ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez expliquer _____

L'ÉTUDIANT A-T-IL UN HANDICAP ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, veuillez expliquer : _____

☐ PEI (Plan d'enseignement individualisé) ☐ Régime 504

L'ÉTUDIANT PREND-IL DES MÉDICAMENTS ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, veuillez indiquer le type de médicament

Si oui, sera-t-il pris pendant les heures de classe ?

Oui ☐

Non ☐

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

TYLENOL Oui ☐ Non ☐
(325 mg, 2 comprimés)

PASTILLES CONTRE LA TOUX Oui ☐ Non ☐

IBUPROFÈNE Oui ☐ Non ☐
(200mg 1-2 comprimés)

ANTIACIDE Oui ☐ Non ☐
(Tums, pour les maux d'estomac)

Si aucun des parents ne peut être localisé en cas d'urgence, nous utiliserons notre base de données Aspen X2 pour localiser les contacts répertoriés comme autorisés à renvoyer votre fils / fille. Veuillez consulter cette liste et informer Annie Sloan (asloan@gitech.org) de tout changement d'ici le 15 septembre 2025. **LES PERSONNES QUE VOUS CHOISISSEZ DOIVENT ÊTRE DISPONIBLES PENDANT LES HEURES DE CLASSE.**

IL EST DE LA RESPONSABILITÉ DES 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 INFIRMIÈRES DE L'ÉCOLE ET DOIT ÊTRE PRISE EN CHARGE PAR LES PARENTS/TUTEURS.

Des infirmières scolaires sont à l'école pour les maladies survenant pendant les heures de classe et les blessures à l'école seulement. Ils sont responsables des premiers soins et non du traitement de suivi.

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

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR : _____ DATE : _____