

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

## À REMPLIR PAR LES PARENTS/TUTEURS LÉGAUX :

Parent/tuteur légal :  Les deux parents  Père  Mère  Autre \_\_\_\_\_

L'étudiant vit avec :  Les deux parents  Père  Mère  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 : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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       PASTILLES CONTRE LA TOUX Oui  Non   
(325 mg, 2 comprimés)

IBUPROFÈNE Oui  Non       ANTIACIDE Oui  Non   
(200mg 1-2 comprimés)      (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@gltech.org](mailto:asloan@gltech.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 : \_\_\_\_\_