



## PERSONNE NON AUTORISÉE

Si une personne **N'A PAS ACCÈS** à l'enfant, veuillez l'indiquer :  
Veuillez soumettre une copie de l'ordonnance de protection à l'école de votre enfant.

Nom	Relation	Y a-t-il une ordonnance de protection ?	Date d'entrée en vigueur de l'ordonnance du tribunal
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin/cabinet médical : \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

- Allergologue/immunologiste  Cardiologue  Dermatologue  Spécialiste du développement/du comportement  
 Neurologue  Pneumologue  Autre \_\_\_\_\_

### Mise en garde médicale

Est-ce que l'enfant a un problème de santé qui peut affecter sa participation à des activités physiques ?  Oui  Non

Restrictions \_\_\_\_\_  
(par ex., monter des escaliers, participer aux cours de gymnastique)

### Diagnostiques connus (veuillez cocher tout ce qui s'applique)

- Asthme  Convulsions  Allergies/anaphylaxie  Diabète  Aucun  Autre \_\_\_\_\_

### Allergies (cochez tout ce qui s'applique)

- Lait  Œufs  Arachides  Fruits à coque (autres noix)  Poisson  
 Crustacés, mollusques  Soja  Blé  Autre \_\_\_\_\_

Mon enfant (cochez tout ce qui s'applique) :  A une assurance santé privée  A Medicaid  N'a pas d'assurance santé  
Si votre enfant « n'a pas d'assurance santé », souhaitez-vous partager les coordonnées de cette fiche pour en savoir plus sur les options d'assurance ?  Oui  Non

Il est entendu qu'en cas de décision finale concernant un cas d'urgence, le jugement des autorités scolaires prévaudra.  
La recommandation du parent indiquée ci-dessus sera respectée autant que possible.

## FRÈRES/SŒURS

Nom de famille du frère/de la sœur	Prénom du frère/de a sœur	École fréquentée par le frère/la sœur

## SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/DE LA TUTRICE

- En cochant cette case, j'accepte que des parents bénévoles élus de l'école, du district et/ou de l'ensemble de la ville me contactent concernant des événements, des mises à jour et tout autre sujet en rapport avec ma communauté scolaire.
- En cochant cette case, j'accepte que mes coordonnées soient partagées avec des parents bénévoles élus de l'école, du district et/ou de l'ensemble de la ville afin que des mises à jour sur des événements et tout autre sujet en rapport avec ma communauté scolaire soient partagés avec moi.

Le chef d'établissement sera informé par écrit de tout changement dans les informations contenues dans cette fiche

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur/de la tutrice

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION / FOR OFFICE USE ONLY

À remplir par le personnel scolaire uniquement. / To be completed by school staff only.

Grade \_\_\_\_\_ Class \_\_\_\_\_ Room No. \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record \_\_\_\_\_

Date	Contact	Reason	Disposition