



Informations sur la santé de l'élève et consentement du parent ou du tuteur/de la tutrice aux services de santé scolaire

Ce formulaire doit être dûment rempli par le parent ou le tuteur/la tutrice et renvoyé à l'établissement scolaire afin de fournir des informations sur la santé de l'élève et de consentir à ce que l'élève identifié(e) ci-dessous bénéficie des services de santé scolaire précisés ci-après. Vous devez remplir tous les champs.

No de l'élève	Prénom de l'élève	Initiale du 2e prénom	Nom de famille	Sexe	Date de naissance
Prénom du parent ou tuteur/de la tutrice		Nom de famille		Numéro de téléphone	Lien avec l'élève

Conformément au décret F.S. 1014.06(1), un parent ou un tuteur/une tutrice doit autoriser l'administration de soins de santé à son enfant par un(e) professionnel(le) de santé ou son/sa délégué(e), selon les définitions prévues par les décrets F.S. 456.001 et 1006.062, en cas de besoin d'un tel traitement, pendant que l'élève concerné(e) se trouve sous la surveillance de l'établissement scolaire.

Le cas échéant, des soins d'urgence tels des premiers secours, la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) ou l'utilisation d'un défibrillateur externe automatique (DEA), seront prodigués jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence sur le site.

Pour chaque service, choisissez Oui ou Non :

Services de santé, y compris les soins et le traitement d'une maladie ou d'une lésion : Oui Non

Oui : cette réponse autorise des traitements, notamment une blessure grave ou légère signalée ou constatée pendant que l'élève se trouve dans l'établissement scolaire. L'absence de réponse sera considérée comme l'indication d'un « Non » pour les soins et les traitements.

Non : cette réponse entraînera l'appel du parent ou du tuteur/de la tutrice afin qu'il/elle vienne chercher l'élève, quel que soit le problème médical. Il s'agira de tous les cas où l'élève se sent malade, a mal à la tête ou s'est blessé(e), qu'il s'agisse d'une égratignure, d'une bosse ou d'un hématome. Les services médicaux d'urgence seront appelés pour toute situation jugée grave.

Les élèves passeront des examens de santé non invasifs concernant l'audition, la scoliose, la croissance et le développement (IMC), la vision et les soins dentaires conformément à la loi de Floride 381.0056(6)(e), à moins que le parent ou le tuteur/la tutrice ne s'y oppose en cochant la case « Non » correspondante ci-dessous. (L'autorisation est valable jusqu'à sa révocation par le parent. Pour en savoir plus, consultez le livret de l'élève et de sa famille dans le district.)

Test de dépistage des troubles auditifs : Oui Non

Test de dépistage de la scoliose : Oui Non

Contrôle de la croissance et du développement (indice de masse corporelle) : Oui Non

Test de dépistage des troubles visuels : Oui Non

Examen dentaire : Oui Non

Le programme d'apport de fluorure de sodium est proposé aux écoles dont l'approvisionnement en eau n'est pas fluoré. J'autorise mon enfant à participer au programme d'apport de fluorure de sodium pour prévenir les caries. Oui (L'autorisation est valable jusqu'au grade 5.) Non

Allergies, médicaments, problèmes médicaux et informations sur le médecin

L'élève a-t-il/elle des allergies potentiellement mortelles ? Oui (Dans l'affirmative, fournissez-en la liste à l'infirmière.) Non

L'élève prend-il/elle des médicaments ? Oui (Dans l'affirmative, fournissez-en la liste à l'infirmière.) Non

L'élève a-t-il/elle des problèmes de santé ? Oui (Dans l'affirmative, fournissez-en la liste à l'infirmière.) Non

L'élève a-t-il/elle été orienté(e) vers des services de santé mentale en rapport avec une expulsion scolaire, une arrestation donnant lieu à une inculpation ou une action en justice des mineurs ? Oui Non

Assurance maladie de l'élève Medicaid Programme Healthy Kids/Kid Care Programme privé Aucune assurance
(Cochez toutes les options applicables.)

Nom du médecin _____ Numéro de téléphone du médecin _____

Remarque : Le présent formulaire, outre une autorisation d'un médecin, sera nécessaire pour permettre au personnel infirmier ou au personnel de l'établissement scolaire d'administrer au quotidien ou selon le besoin des médicaments avec ou sans ordonnance, réaliser des procédures médicales ou prodiguer des traitements médicaux.

Je comprends que ce consentement restera en vigueur jusqu'à ce que l'élève susmentionné(e) parte dans un autre district scolaire, obtienne son diplôme ou que j'indique par écrit que je souhaite retirer mon consentement aux services de santé scolaire.

Nom en caractères d'imprimerie du parent
ou du tuteur/de la tutrice

Signature du parent ou du tuteur/de
la tutrice

Date