

Formulaire d'autorisation médicale d'urgence

Remplissez ce formulaire et le faire retourner à l'école de votre enfant.

Nom de l'élève /Student's Name : _____ ID #: _____ Classe/ Homeroom: _____ Date de naissance/DOB : _____

Ecole /School: _____ Niveau/ Grade: _____ Année /Year: _____

Adresse de l'étudiant / Student's Address: _____ Apt.: _____ Phone/téléphone : () _____

City/ville: _____ State/Etat: _____ Zip/code postal : _____

Le But — permettant aux parents et aux tuteurs d'autoriser la prestation de soins d'urgence, sous l'autorité de l'école, pour les enfants qui deviennent malades ou qui soient blessés à l'école, lorsque les parents ou tuteurs ne sont pas joignables

Residential Parent or Guardian / **Résidence Parent ou tuteur** _____

Parent / Guardian Name- Parent / nom du tuteur : _____ Phone/ téléphone pendant la journée : () _____

Parent / Guardian Name- Parent / nom du tuteur : _____ Phone/ téléphone pendant la journée : () _____

autre nom/ other name : _____ Phone/ téléphone pendant la journée : () _____

Name of Relative or Child-care Provider/ Nom du parent de l'enfant ou du responsable de sa garde: _____

Relationship/ lien de parenté : _____ Phone/ téléphone pendant la journée: () _____

Address/ Adresse: _____ Zip/code postal: _____

La PARTIE I ou la PARTIE II doit être complété

PARTIE I : CONSENTEMENT du Parent/tuteur. Je donne mon consentement pour que les fournisseurs de soins médicaux et l'hôpital local soient contactés par téléphone :

Physician/ Médecin : _____ Phone: () _____

Dentist/ Dentiste: _____ Phone: () _____

Medical Specialist/ Médecin spécialiste : _____ Phone: () _____

Local Hospital / hôpital Local / : _____ Emergency Room Phone/ Téléphone de la salle d'urgence : () _____

Dans le cas où des tentatives raisonnables de ma contacter ont été infructueuses .Je donne par la présente mon consentement pour (1) l'administration de tout traitement jugé nécessaire par les médecins susmentionnés ou dans le cas où le médecin préféré n'est pas disponible par un autre médecin ou un dentiste agréés ; et (2) le transfert de mon enfant vers un hôpital raisonnablement accessible .Cette autorisation ne couvre pas les chirurgies majeurs sauf avis médical de deux autres médecins ou dentistes agréés. Concourant à la nécessité de telles interventions sont obtenus avant l'exécution.

Les faits concernant les antécédents médicaux de mon enfant y compris les allergies, les médicaments et toute déficience physique pour laquelle le médecin doit être alerté : _____

Date/date : _____ Signature of Parent/Guardian/ Signature du Parent/tuteur : _____

Address/adresse : _____ Zip/code postal : _____

PARTIE II: REFUS D'ACCORDER LE CONSENTEMENT : JE NE DONNE PAS mon consentement pour un traitement médical d'urgence de mon enfant en cas de maladie ou des blessures nécessitant un traitement d'urgence. Je souhaite que l'école prenne les mesures suivantes :

Date/date : _____ Signature of Parent/Guardian/ Signature du Parent/tuteur : _____

Address/adresse : _____ Zip/code postal : _____