Renvoyez le formulaire rempli à :
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL
PLAN DE SANTÉ SCOLAIRE
ASTHME

Année scolaire:

NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE ZONE
0770620686

Veuillez écrire lisiblement.

PARTIE A Parent /Tuteur : Éléments complets 1 à 11

1) Carte d'étudiant n°

2) Nom de famille de l'élève

3) Prénom de l'élève

4) Date de naissance

5) Etablissement scolaire

6) Classe

Nom et Coordonnées de contact du Parent / Tuteur

7) Nom

8) Numéro de téléphone ( ) -

9) Adresse postale, Ville, Etat, Code postal

10) A contacter en cas d'urgence

( ) -

11) **Note aux parents / tuteurs :** La signature de ce formulaire dégage le Jefferson County Board of Education et ses employés de toute responsabilité de quelque nature que ce soit qui pourrait résulter de ce plan d'action. Ce formulaire ne dégage pas la responsabilité de l'école ou de ses employés pour leur propre négligence. Par la présente, j'autorise également le prescripteur de soins de santé à remplir et à signer ce formulaire afin de vérifier ces informations avec le personnel JCPS au sujet de ces dernières. Je reconnais également que les médicaments et les traitements seront très probablement administrés par du personnel JCPS formé et non autorisé. Je reconnais et accepte lorsque j'autorise un enfant à assister à une sortie scolaire parrainée par l'école que ces médicaments et / ou les services de santé sont susceptibles d'être également fournis par un bénévole agréé.
Note aux parents : Un formulaire d'autorisation de prescription doit être dans le dossier à l'école pour que les médicaments puissent être administrés à l'école

Signature du PARENT / du TUTEUR

X

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) -

DATE

PARTIE B REMPLI UNIQUEMENT PAR LE PRESCRIPTEUR DE SOINS DE SANTÉ : Éléments complets 12 à 17

12) Cet enfant est-il ASTHMATIQUE ? ☐ OUI ☐ NON Autre diagnostic : _____

13) Quelles sont les causes de l'asthme de cet enfant ?

☐ Des pollens ☐ De la poussière ☐ Des animaux ☐ De la gymnastique ☐ De la nourriture ☐ Une maladiedies ☐ Autre : _____

14) Les SYMPTÔMES d'asthme peuvent inclure :

☐ La toux ☐ Une respiration sifflante ☐ Un essoufflement

☐ Veuillez énumérer tous les autres symptômes spécifiques à cet enfant : _____

_____

15) Médicaments contre l'asthme À L'ÉCOLE : ☐ OUI ☐ NON

16) Cet élève est-il formé et capable de porter son propre inhalateur et de l'utiliser seul ? ☐ OUI ☐ NON

17) Informations concernant le prescripteur de soins de santé Le formulaire **doit** être signé par un prescripteur de soins de santé **et par** un parent / tuteur

Signature du prescripteur de soins de santé

X

Date

Cachet du bureau médical (obligatoire pour le traitement)

Nom en lettres moulées du prescripteur de soins de santé

Cette institution est un fournisseur et un employeur d'égalité des chances.