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
Tube G

Année scolaire:

NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE ZONE
1743613151

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 telephone ( ) - | 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 prestataire de soins de santé à remplir, à signer ce formulaire et à échanger des informations avec le personnel JCPS concernant l'état de santé. Je reconnais et donne mon accord à ce que mon enfant assiste à une sortie scolaire parrainée par l'école, ses médicaments et/ou services de santé pouvant 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 | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) - | DATE

X

PARTIE B REMPLI UNIQUEMENT PAR LE PRESCRIPTEUR DE SOINS DE SANTÉ: Éléments complets 12 à 24

12) LATEX ALLERGIE / SENSIBILITÉ : ☐ OUI ☐ NON

13) Diagnostic des étudiants :

14) Type de tube d'alimentation
☐ Tube NG ☐ Tube NJ ☐ Tube G ☐ Tube J ☐ Tube GJ ☐ Autre : _____

15) L'enfant est-il autorisé à avoir de la nourriture / des boissons par voie orale? ☐ OUI ☐ NON

16) Nom de la formule : _____ Volume à donner : _____ml
**Le lait maternisé doit être envoyé à l'école dans un contenant étiqueté avec la liste des ingrédients

17) Pompe à utiliser : ☐ OUI ☐ NON

18) Gravité : ☐ OUI ☐ NON

19) Temps (s) d'alimentation : _____ _____ _____ _____

20) Volume d'eau supplémentaire : _____ ml Horaires d'eau : _____ _____

21) Peut-on administrer de l'eau supplémentaire pour les excursions en plein air lorsque l'eau est chaude :
☐ OUI Quantité : _____ ml ☐ NON

22) Si la sonde d'alimentation se déloge, une infirmière qualifiée peut-elle la remplacer? ☐ OUI ☐ NON

23) Commentaires supplémentaires du Prescripteur de soins de santé :

_____

_____

_____

24) 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 | Date

X

Nom en lettres moulées du prescripteur de soins de santé

Cachet du bureau médical (obligatoire pour le traitement)

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