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
ALLERGIES NON ALIMENTAIRES

Veuillez écrire lisiblement.

Année scolaire:

NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE ZONE
7906315012

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 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 / TUTEUR

X

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) -

DATE

PARTIE B REMPLI UNIQUEMENT PAR LE PRESCRIPTEUR DE SOINS DE SANTÉ: Éléments complets 12 à 16

12) Veuillez énumérer les allergies.

☐ Médicaments: _____

☐ Insectes piqueurs: _____

☐ Autre: _____

13) Les symptômes de réaction allergique peuvent inclure:
Des démangeaisons / gonflement des lèvres, de la bouche, de la langue ou de la gorge, urticaire / éruption cutanée, nausées / vomissements / crampes d'estomac, essoufflement, respiration sifflante, toux, étourdissements, perte de conscience

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

14) Médicaments à l'école:

☐ Epipen Jr. ☐ Epipen ☐ Auvi-Q

* EpiPen / Twinject / Auvi-Q à administrer au début d'une réaction allergique et / ou d'une exposition à un déclencheur d'allergie.

15) L'élève est-il en mesure de porter son propre appareil EpiPen / Auvi-Q et l'utiliser seul?

☐ Oui ☐ Non

16) 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