



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) 485-3387

**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 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 / DU TUTEUR  NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) -  DATE

**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  Cachet du bureau médical (obligatoire pour le traitement)

Nom en lettres moulées du prescripteur de soins de santé