



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  
 ALLERGIES NON ALIMENTAIRES

Année scolaire:

NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE ZONE

7906315012

\*\*\*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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Etablissement scolaire	6) Classe
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom et Coordonnées de contact du Parent / Tuteur

7) Nom	8) Numéro de téléphone	9) Adresse postale, Ville, Etat, Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10) A contacter en cas d'urgence	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

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

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	Date	Cachet du bureau médical (obligatoire pour le traitement)
<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom en lettres moulées du prescripteur de soins de santé	<input type="text"/>	