



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  
 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

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 maladie  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

Date

Cachet du bureau médical (obligatoire pour le traitement)

Nom en lettres moulées du prescripteur de soins de santé