

INFORMATIONS MÉDICALES

HEALTH INFORMATION

Nom du Médecin/Cabinet médical : _____ Téléphone () _____
Name of Physician/Clinic: _____ Telephone _____

Mise en garde médicale

Health Alert

L'enfant a-t-il un problème médical qui peut affecter sa participation aux activités d'éducation physique ? Oui _____ Non _____
Does child have any health condition that may affect participation in physical activities? Yes _____ No _____

Limitations _____ (ex. : montée des escaliers, participation à la gymnastique)
Limitations _____ (e.g., stair climbing, participation in gym)

Allergies _____
Allergies _____

Services 504 pour cette année scolaire ? Oui _____ Non _____ l'année précédente? Oui _____ Non _____
504 services for the current year? Yes _____ No _____ Previous Year? Yes _____ No _____

Mon enfant est couvert par (mettez une x partout où ça s'applique) : Une assurance médicale privée _____ L'assurance Medicaid _____ n'a pas d'assurance médicale _____
My child has (X any that apply): Private health insurance _____ Medicaid _____ No health insurance _____

Si vous vous avez marqué "n'a pas d'assurance médicale" consentez-vous à la diffusion des coordonnées contenues dans cette fiche pour en savoir plus sur les possibilités d'assurance ? If "No Health Insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options? Oui _____ Non _____
Yes _____ No _____

Si aucune personne citée dans cette fiche ne peut être jointe, que souhaitez-vous que l'école fasse si votre enfant tombe malade ou est blessé à l'école ?
If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

Il est compris que le jugement de l'équipe de direction de l'école prévaudra pour prendre la décision finale en cas d'urgence.

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

La recommandation du parent comme indiquée ci-dessus sera respectée dans la mesure du possible.

The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible.

Frères et sœurs : Nom
Siblings: Last Name

Prénom
First Name

École fréquentée
School of Attendance

FOR SCHOOL USE /RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ÉCOLE

List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record _____

Date	Contact	Reason	Disposition
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____