

ÉCOLE MAÏMONIDE 2023-2024 FICHE MÉDICALE



VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER ÉLECTRONIQUEMENT
Pour le bien-être de votre enfant, il est essentiel que
les informations fournies soient complètes et exactes.

Nom de l'élève : _____ Grade : _____
Nom de famille Prénom

Adresse : _____
Rue, Ville et code postale

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____
AAAA / MM

Date de naissance : _____

SECTION 1: PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1. PARENTS

Noms	Maison	Bureau	Cellulaire
	Tel: Fax:	Tel: Fax:	
	Tel: Fax:	Tel: Fax:	

2. AUTRES CONTACTS

Noms / Relations	Maison	Bureau	Cellulaire
	Tel: Fax:	Tel: Fax:	
	Tel: Fax:	Tel: Fax:	

SECTION 2: NOM DU MEDECIN ET DENTISTE

MEDECIN: _____ NO TEL: _____

DENTISTE: _____ NO TEL: _____

SECTION 3: VACCINS

Veillez donner les dates de vaccins de votre enfant: Vous pouvez les trouver dans le "Carnet de Santé" ou faites une copie du carnet et remettez-la au secrétariat.

VACCINS	Date Reçue
HEPATITE "A"	
HEPATITE "B"	
DPT (& HIB)	
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	
MENINGITITE	
POLIO	
TETANUS	
Varicelle (Varivax)	
Autre	

SECTION 4: CONDITION MÉDICALE ET TRAITEMENTS

CONDITION/ALLERGIE	TRAITEMENT / MÉDICAMENTS

SECTION 5: ALLERGIES/ASTHME

	OUI	NON
Est-ce que votre enfant est allergique? A-t-il besoin d'une EPIPEN?		
Est-ce que votre enfant transporte tout le temps son EPIPEN?		
Est-ce que votre enfant est asthmatique? A-t-il besoin d'un inhalateur?		
Est-ce que votre enfant transporte tout le temps son inhalateur?		

SECTION 6: DÉCHARGE MÉDICALE

Je demande et autorise le personnel de votre école à administrer à mon enfant pendant les heures de classe des médicaments qui pourraient être nécessaires et prescrits par son médecin.
Par la présente je décharge l'École Maimonide, ses employés, administrateurs, dirigeants, son conseil d'administration et ses membres individuels et l'ensemble de ses agents et représentants de toute responsabilité quant aux effets indésirables suite à l'administration ou à l'incapacité d'administrer le médicament mentionné ci-dessus.

Cette autorisation sera en vigueur durant toute l'année scolaire 2023-2024

Date

Signature du parent

SECTION 7: VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

Si pour des raisons médicales un élève doit être exempté de son cours d'éducation, ou de toute autre activité scolaire, ou absent à un examen un certificat médical est exigé.

SECTION 8: TRANSPORT EN CAS D'URGENCE

J'autorise par la présente le personnel de l'école à prendre, en cas d'urgence, les dispositions nécessaires pour transporter mon enfant en ambulance, Je comprends qu'il est de la responsabilité des parents à payer les frais encourus par ce transport. Ces frais peuvent être couverts par le régime d'assurance maladie individuelle.

SECTION 9: INFORMATION ADDITIONNELLE

Veillez s'il vous plaît donner, à l'école, toute autre information pertinente à la santé physique et émotionnelle de votre enfant.

SIGNATURE DU PARENT

DATE

**CE FORMULAIRE DOIT ETRE COMPLÉTER ET REMETTRE AU PLUS
TARD LE 14 AOUT 2023**

Cliquez sur l'enveloppe pour envoyer le formulaire
complété à: admissions@ecolemaimonide.org