|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | FORMULAIRE MÉDICAL ANNUEL  ANNÉE SCOLAIRE \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Élève**  Date de naissance Niveau | Tél. Parent/Tuteur  Tél. Parent/Tuteur  Tél. d’urgence |
| Adresse   * Jeune non accompagné |
| Médecin  Tél. Dernière visite | Dentiste  Tél. Dernière visite |
| Allergies potentiellement mortelles : | |
| Médicaments d’urgence | Dernier événement |

Indiquez si votre enfant présente l’une des conditions suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| * Épilepsie ou crises d’épilepsie   [Formulaire d’entretien pour les crises](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Seizure%20Interview%20%5BFrench%5D%20-%208.21.2024.docx) d’épilepsie | * Diabète   [Formulaire d’entretien pour le diabète](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Diabetes%20Interview%20%5BFrench%5D%20-%208.21.2024.docx) |
| * Asthme ou problème pulmonaire   [Formulaire d’entretien pour l’asthme](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Asthma%20Interview%20%5BFrench%5D%20-%208.21.2024.docx) | * Condition cardiovasculaire |
| * Drépanocytose (« *Sickle cell* ») * Hémophilie * Autre trouble du système sanguin | * Antécédents de chirurgie/hospitalisation/trauma |
| * Trouble de santé mentale | * Autre |

Veuillez lister tous les médicaments que votre enfant prend à la maison.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médicaments | Dosage, forme, voie | Moment de la journée |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Si votre enfant a besoin de médicaments pendant les heures scolaires, remplissez ce formulaire :

[Formulaire d’autorisation de prise de médicaments](https://www.maine.gov/doe/sites/maine.gov.doe/files/inline-files/School%20Health%20Services%20-%20Sample%20Medication%20Authorization%20%5BFrench%5D%20-%208.21.2024.docx)

Si vous avez besoin d’aide pour l’un des points suivants, les infirmiers ou infirmières scolaires peuvent fournir des ressources pour aider votre famille

|  |  |
| --- | --- |
| * Obtention d’une assurance santé * Trouver un médecin, un dentiste ou un prestataire de santé mentale | * Logement * Vêtements * Nourriture |

En signant ci-dessous, j’autorise l’infirmier ou infirmière scolaire à partager les informations concernant la santé de mon enfant scolarisé avec le personnel scolaire et médical approprié pour la sécurité continue de mon élève à l’école.

Parent/Tuteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_