

ANNEXE L : Feuille d'information médicale pour les élèves participant à une excursion
(Les parents sont priés de retourner cette feuille à l'école sous pli fermé.)

Informez-vous des politiques de votre division scolaire ou district scolaire en ce qui concerne les formulaires d'autorisation ainsi que la nécessité pour les élèves d'être couverts par un régime d'assurance-maladie complémentaire afin de participer à une telle excursion.

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Nom du (des) parent(s) ou tuteur(s) : _____

Numéro(s) de téléphone à domicile : _____

Numéro(s) de téléphone au travail : _____

En cas d'urgence, avertir les parents OU : _____
numéro de téléphone : _____

N° d'assurance-maladie du Manitoba de l'enfant : _____

Assurance voyages : _____

Médecin : _____

Numéro de téléphone du cabinet du médecin : _____

Adresse du cabinet du médecin : _____

Numéro de téléphone du médecin à domicile : _____

Veillez décrire tout problème de santé ou handicap physique, tout problème affectif ou du comportement, ainsi que toute autre condition pouvant empêcher votre enfant de participer pleinement à l'excursion : _____

Votre enfant souffre des problèmes suivants (veuillez cocher les mentions qui s'appliquent) :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> infection de l'oreille | <input type="checkbox"/> cauchemars |
| <input type="checkbox"/> infection de l'œil | <input type="checkbox"/> peau sensible | <input type="checkbox"/> incontinence nocturne |
| <input type="checkbox"/> bronchite | <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> amygdalite |
| <input type="checkbox"/> convulsions | <input type="checkbox"/> hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> sinusite |
| <input type="checkbox"/> saignements de nez | <input type="checkbox"/> évanouissements | <input type="checkbox"/> somnambulisme |
| <input type="checkbox"/> maux d'oreille | <input type="checkbox"/> rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> problèmes rénaux |
| <input type="checkbox"/> mal des mouvements | <input type="checkbox"/> allergies (veuillez décrire) | _____ |

**ANNEXE L : Feuille d'information médicale pour les élèves participant à une excursion
(suite) (Les parents sont priés de retourner cette feuille à l'école sous pli fermé.)**

Votre enfant a-t-il reçu les vaccins prescrits par le programme de vaccination du Manitoba, y compris le vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DCT), et les vaccins contre la fièvre typhoïde, la variole et la polio? Oui ___ Non ___

Votre enfant sait-il nager? Oui ___ Non ___

Votre enfant porte-t-il des lentilles cornéennes? Oui ___ Non ___

Médicaments : Je voudrais que mon enfant prenne :

Nom du (des) médicament(s) : _____

Raison(s) et dose(s) : _____

J'autorise, par la présente, le médecin choisi par le personnel de l'école à donner, en cas d'urgence, le traitement dont aurait besoin mon enfant.

Signature(s) : _____

Date : _____