

**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 : \_\_\_\_\_