



**LEXINGTON-FAYETTE COUNTY HEALTH DEPARTMENT (LFCHD)
SCHOOL HEALTH SERVICES (SERVICE SANITAIRE DU COMTÉ DE
LEXINGTON-FAYETTE (LFCHD) SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE)**

650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508
(859) 288-2314 TÉLÉPHONE
(859) 288-2313 FAX

**Formulaire de renseignements sur la santé des élèves
Veuillez remplir un formulaire par élève**

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____
N° de sécurité sociale de l'élève _____ Date de naissance : _____

Race (cochez une ou plusieurs cases) : ___Caucasien/Blanc ___Afro-Américain/Noir ___Amérindien/Indien
d'Amérique ou Natif de l'Alaska ___Asiatique ___Natif d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique

Éthnicité : Hispanique ou Latino ___Oui ___Non **Sexe** : ___Masculin ___Féminin

Rue _____ Ville _____ État _____ CP _____

Parent/Tuteur légal _____ Numéro principal _____ Autre N° _____
Parent/Tuteur légal _____ Numéro principal _____ Autre N° _____

Personne à contacter en cas d'urgence AUTRE que le Parent/Tuteur légal _____
Relation avec l'élève _____ N° principal _____ Autre N° _____

Informations Medicaid de l'élève

Votre enfant a-t-il une carte KY Medicaid ou K-CHIP ? ___Oui ___Non N° de membre/MCO _____

Votre enfant souffre-t-il d'une des maladies suivantes mettant sa vie en danger et pouvant nécessiter un traitement ou des médicaments d'URGENCE à administrer à l'école ? Veuillez cocher la ou les case(s) appropriées ci-dessous.

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> DIABÈTE
(Glucagon) | <input type="checkbox"/> ASTHME
(Inhalateur
de secours) | <input type="checkbox"/> CONVULSIONS
(Médicament
de secours) | <input type="checkbox"/> ALLERGIE MORTELLE
(Epi-Pen/Stylo
d'adrénaline injectable) | <input type="checkbox"/> AUTRE : _____ |
|---|--|---|---|---|

Antécédents médicaux de l'élève

Antécédents médicaux importants Oui Non _____

Autres antécédents médicaux pertinents _____

Allergies à des médicaments Oui Non _____ Autres allergies Oui Non _____

Allergies alimentaires Oui Non _____ Restrictions alimentaires Oui Non _____

Médicaments administrés quotidiennement à la maison Oui Non _____

*Médicaments à administrer à l'école Oui Non _____

**Il faut remplir un formulaire de consentement supplémentaire avant d'apporter des médicaments (en vente libre ou sur ordonnance) à l'école pour qu'ils y soient administrés. Les formulaires sont disponibles auprès de l'école.*

Prestataire de soins de santé primaires de l'élève _____ Téléphone # _____

J'ai (nous avons) rempli les antécédents médicaux ci-dessus au mieux de mes (nos) connaissances et je (nous) comprends (comprendons) qu'il est de mon (notre) devoir de mettre à jour les informations ci-dessus en cas de modifications, d'ajouts ou de précisions.

X _____
(Signature du Parent/Tuteur légal/Élève émancipé)

_____/_____/_____
(Date de la signature)

RETOUR

