



**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  
TÉLÉPHONE (859) 288-2314  
FAX (859) 288-2313

**Formulaire de renseignements sur la santé des élèves**  
*Veillez 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° \_\_\_\_\_

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

**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 (comprenons) 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

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_



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

**CONSETEMENT AUX SERVICES SANITAIRES POUR LES ÉLÈVES**

1. Tous les élèves recevront les premiers soins de base et les soins d'urgence. En signant le présent formulaire, j'autorise les services de santé scolaire, ses infirmières ou les agents du LFCHD à appliquer, y compris, mais sans s'y limiter, une pommade anti-démangeaison, un nettoyant antiseptique et/ou effectuer un lavage des yeux à mon enfant pendant qu'il est à l'école. Si mon enfant a besoin d'une assistance médicale d'urgence qui ne peut pas être fournie sur place par une infirmière scolaire et que je ne peux pas être joint, je consens à ce que le LFCHD organise la fourniture de soins médicaux d'urgence pour mon enfant, y compris, mais sans s'y limiter, le transport de mon enfant vers l'établissement de soins de santé le plus proche et/ou l'administration des soins médicaux nécessaires à mon enfant dans cet établissement de soins.
2. Je comprends également que le LFCHD ne fournit que les premiers soins et les soins d'urgence de base aux élèves, comme indiqué dans le présent Consentement aux services de santé pour les élèves. Aucune orientation vers ces types de services sanitaires ne doit avoir lieu, sauf en cas de nécessité médicale ou d'urgence.
3. Je donne mon consentement pour que l'infirmière scolaire réalise un dépistage visuel sur mon enfant. Je comprends qu'un dépistage visuel ne remplace pas un examen ophtalmologique complet par un professionnel de la santé oculaire.
4. Je donne mon consentement pour que l'infirmière scolaire réalise un dépistage visuel sur mon enfant. Je comprends qu'un dépistage auditif ne remplace pas un examen auditif complet par un professionnel de la santé auditive.
5. Je comprends qu'en signant le présent consentement, je reconnais avoir reçu ou avoir eu accès à une copie de l'avis de pratiques de confidentialité du LFCHD situé à l'adresse suivante [www.lfchd.org](http://www.lfchd.org) ou je peux en demander une copie en appelant la division des services de santé scolaire au numéro 859-2882314.
6. Je comprends que le LFCHD ne propose aucun service de santé ou de santé mentale lié à la sexualité humaine, à la contraception ou au planning familial tel que défini et traité dans le KRS 158.191. Au cas où le LFCHD modifierait ses services afin de proposer un tel service, aucun service de ce type ne sera proposé à mon enfant sans que j'en sois préalablement informé et que j'aie donné mon accord écrit pour la fourniture de ce service, sauf et/ou en vertu de la loi fédérale, de l'état ou de la loi locale.

**X** \_\_\_\_\_ / /  
(Signature du Parent/Tuteur légal/Élève émancipé) (Date de la signature)

**CONSETEMENT À LA RÉCEPTION ET À LA DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES DES ÉLÈVES**

1. Je consens par la présente à ce que le LFCHD communique des informations médicales concernant mon enfant à son médecin traitant ou à un autre professionnel de santé, si cela est nécessaire à des fins de traitement.
2. La loi du Kentucky exige certaines vaccinations pour la fréquentation des écoles publiques du Kentucky. Dans la mesure où je fournis, directement ou indirectement par l'intermédiaire d'un prestataire médical tiers, les informations de vaccination requises, je consens à ce que le LFCHD enregistre ces informations de vaccination dans le Registre des vaccinations du Kentucky (KYIR) au nom et dans le cadre de ses services aux écoles publiques du comté de Fayette (FCPS). Par ailleurs, je consens à ce que le LFCHD partage les mêmes dossiers ou informations avec le Kentucky Cabinet for Health and Family Services et ses divisions, sous-divisions et/ou employés dans le but de compiler des données statistiques, d'aider à contrôler, à réduire et/ou empêcher la propagation de maladies infectieuses, et/ou autrement exigé par la loi.
3. Je comprends que rien dans le présent consentement de divulgation des informations médicales des élèves n'a pour but d'entraver, de réduire, d'augmenter ou d'avoir tout autre effet sur le droit que j'ai en tant que parent ou tuteur légal concernant l'accès aux informations médicales de mon enfant.
4. Le présent formulaire de consentement restera en vigueur pour votre enfant jusqu'à l'obtention de son diplôme, son départ et/ou la fin de son inscription dans une école du FCPS, à moins que vous ne révoquiez ce consentement par écrit à tout moment, même si une telle révocation ne concernera pas les informations qui ont déjà été divulguées sur la base de ce consentement.
5. Toute information divulguée en réponse à ce consentement peut être à nouveau divulguée à d'autres parties.
6. Aucun traitement médical ou paiement n'est conditionné par la signature du présent consentement.
7. Je comprends que j'ai le droit de recevoir une copie de ce formulaire de consentement.
8. Toute télécopie, copie ou photocopie du présent consentement autorise la divulgation des informations médicales de l'élève dans les limites et selon les modalités décrites dans les présentes.

**X** \_\_\_\_\_ / /  
(Signature du Parent/Tuteur légal/Élève émancipé) (Date de la signature)