

**Northwest Local School District  
AUTORISATION MÉDICALE D'URGENCE**

<hr/> École		<hr/> Genre	
<hr/> Nom d'étudiant		<hr/> Date de naissance	
<hr/> Carte d'étudiant # téléphone	<hr/> Grade	<hr/> Cours principal/Consultatif	<hr/> Numéro de
<hr/> Adresse	<hr/> Ville	<hr/> État	<hr/> Fermeture éclair

**L'étudiant vit avec (cochez une case)**     **Mère**     **Père**     **Les deux**     **Gardien**     **Favoriser**  
**BUT:** Permettre aux parents et tuteurs d'autoriser la fourniture de soins d'urgence aux enfants qui tombent malades ou se blessent alors qu'ils sont sous l'autorité de l'école, lorsque les parents ou tuteurs ne peuvent pas être contactés. Je comprends que le NWLSD peut divulguer des informations médicales à tous les membres du personnel qui seront en contact avec mon enfant.

**A. Nom du parent/tuteur résidentiel**  M.  Mme.  MS. \_\_\_\_\_

Téléphone fixe # \_\_\_\_\_ Téléphone portable # \_\_\_\_\_  
Lieu d'embauche \_\_\_\_\_ Téléphone de travail # \_\_\_\_\_

**Autre nom du parent**  M.  Mme.  MS. \_\_\_\_\_ Lien avec l'étudiant \_\_\_\_\_

Téléphone fixe # \_\_\_\_\_ Téléphone portable # \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente de celle de l'étudiant) \_\_\_\_\_  
Lieu d'embauche \_\_\_\_\_ Téléphone de travail # \_\_\_\_\_

**Autre contact d'urgence**  M.  Mme.  MS. \_\_\_\_\_ Lien avec l'étudiant \_\_\_\_\_

Téléphone fixe # \_\_\_\_\_ Téléphone portable # \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*LA PARTIE I OU LA PARTIE II DOIT ÊTRE REMPLIE ET SIGNÉE\*\*\*\*\***

**PARTIE I DOIT ÊTRE REMPLIE POUR ACCORDER LE CONSENTEMENT** : J'autorise par la présente à ce que les prestataires de soins médicaux/l'hôpital local suivants soient appelés

Nom du médecin _____	Téléphone # _____
Nom du dentiste _____	Téléphone # _____
Hôpital local _____	Téléphone # _____

Dans le cas où des tentatives raisonnables pour me contacter ont échoué, je donne par la présente mon consentement pour (1) l'administration de tout traitement jugé nécessaire par le médecin susmentionné, ou dans le cas où le praticien privilégié désigné n'est pas disponible, par un autre médecin agréé, ou un dentiste, et (2) le transfert de l'enfant vers tout hôpital raisonnablement accessible.

Cette autorisation ne couvre pas les interventions chirurgicales majeures à moins que les avis médicaux de deux autres médecins ou dentistes agréés, concourant à la nécessité d'une telle intervention chirurgicale, soient obtenus avant la réalisation d'une telle intervention chirurgicale.

Date \_\_\_\_\_ Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_

**PARTIE II – REFUS DE CONSENTEMENT – NE REMPLISSEZ PAS LA PARTIE II SI VOUS AVEZ REMPLI LA PARTIE I**

JE NE donne PAS mon consentement pour un traitement d'urgence de mon enfant. En cas de maladie ou de blessure nécessitant des soins d'urgence, je souhaite que les autorités scolaires prennent les mesures suivantes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_