

L'autorisation pour la collecte des renseignements se trouve dans la *Loi sur l'éducation*. Elle concerne l'administration de médicaments à des élèves en cas d'urgence. Les directions d'école, le personnel enseignant, le personnel de soutien, les bénévoles, les transporteurs scolaires et les conducteurs et conductrices peuvent utiliser ces renseignements. Le présent formulaire sera conservé pendant au moins une année scolaire, puis il sera déchiqueté. La direction d'école est la personne-ressource pour la collecte de ces renseignements.

Renseignements sur l'élève (à remplir par le parent)

Nom de l'élève Prénom Niveau
Date de naissance Adresse domicile
Téléphone domicile No d'identification *Medic Alert*
No de parcours de l'autobus École

Photo de

Renseignements sur les

Nom du père Tél. (travail) Adresse élect.
Nom de la mère Tél. (travail) Adresse élect.
Nom du tuteur/rice Tél. (travail) Adresse élect.

Renseignements médicaux (à remplir par le médecin de famille)

Préoccupation médicale Symptômes
Réponse recommandée Médicament
Dose (p. ex. : nombre d'EpiPen requis)
Directives ou renseignements supplémentaires
Nom du médecin (en lettre moulées) Téléphone

Signature du médecin

Date

Engagements des parents/Tuteurs et tutrices

À l'école

Remplir ce formulaire en collaboration avec la direction d'école ou la personne déléguée. Fournir les médicaments appropriés et le consentement pour l'administration de ceux-ci. Fournir des photos à jour, s'il y a lieu.

Pendant les sorties

Fournir les directives particulières pour les sorties / activités scolaires.

Plan d'action en cas d'urgence (à remplir par les parents en collaboration avec le personnel de l'école, s'il y a lieu)

Dresser la liste des mesures à prendre

ACCORD DES PARENTS

Je, _____, reconnais ma participation à l'élaboration du PLAN DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES SITUATIONS CONSTITUANT UNE URGENGE MÉDICALE, et je consens d'exécuter de manière fiable les engagements des parents qui y sont indiqués. Je consens à ce que le personnel de l'école _____ mette le plan en oeuvre. Je comprends que ce plan sera révisé chaque année et j'aviserai l'école si la situation change avant la révision.

Je reconnais que ce n'est ni l'objectif ni le but de l'école d'administrer des médicaments aux élèves, et je comprends que l'école est prête à se charger de le faire en dernier recours. En cas d'urgence, j'autorise le personnel de l'école indiqué dans le plan, ainsi que le conducteur / la conductrice de l'autobus, à administrer le médicament et à obtenir l'aide médicale appropriée. J'accepte d'être responsable de tous les coûts associés au traitement médical, et j'exonère le conseil scolaire et ses employés et employées de la responsabilité de toute réaction négative découlant de l'administration du médicament.

J'accepte que ces renseignements médicaux soient affichés dans l'école, qu'ils soient accessibles dans l'autobus et qu'ils soient partagés avec le personnel approprié.

Signature du parent/tuteur ou tutrice/étudiant ou étudiante adulte

Date

La direction d'école remettra des copies aux personnes/entreprises suivantes : Parents / enseignants(es), transporteurs scolaires, Consortium de transport scolaire d'Ottawa

Faire parvenir votre formulaire dûment complété à:
Consortium de transport scolaire d'Ottawa
700, avenue Industrial, suite 210, Ottawa ON K1G 0Y9
Télécopieur : 613-736-7510

Imprimer le formulaire