

Autorisation de contacter le médecin

Authorisation to contact doctor

Ce formulaire doit être complété en anglais par le parent/le responsable de l'enfant

Nom de l'élève _____
Name of student

Nom de l'école où l'élève est inscrit ou est en cours d'inscription

Name of school

J'ai été avisé que:

1. Il se peut que l'école doive s'entretenir avec le médecin traitant de mon enfant au sujet de son/de ses allergie(s) afin d'établir et de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé.
2. L'école pourra entre autres demander des précisions au sujet des allergies dont souffre mon enfant, les risques d'anaphylaxie et toute autre affection susceptible d'avoir des répercussions sur l'encadrement de mon enfant pendant les heures d'école et pendant les activités organisées dans le cadre de l'école.

J'ai été avisé que les informations communiquées à l'école par le médecin pourront être utilisées ou transmises par le personnel scolaire afin d'établir ou de mettre en place le Projet d'Accueil Individualisé.

Je consens à ce que le professionnel de santé identifié ci-dessous transmette à l'école/au Department of Education and Communities toute information sur les allergies dont souffre mon enfant, les risques d'anaphylaxie et toute autre affection, y compris les troubles d'apprentissage scolaire, pouvant avoir des répercussions sur l'encadrement de mon enfant pendant les heures d'école et pendant les activités organisées dans le cadre de l'école.

Coordonnées du médecin (Doctor's information) :

Nom du médecin : _____
Name of doctor

Adresse du médecin : _____
Address of doctor

Numéro de téléphone du médecin : _____
Doctor's phone number

Numéro de portable du médecin (si connu) : _____
Doctor's mobile

Adresse mail du médecin (si connue) : _____
Doctor's email

Numéro de fax du médecin (si connu) : _____
Doctor's fax

Signature du parent/responsable de l'enfant _____
Signature of parent/carer

Nom du parent/responsable de l'enfant (en majuscules) _____
Name of parent/carer