

District scolaire _____

Ministère de l'Éducation et Développement de la petite enfance

Politique 704 - ANNEXE C SERVICES ROUTINIERS ESSENTIELS et PLAN D'URGENCE

ANNÉE SCOLAIRE 20____-20____

PARTIE I – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____
année / mois / jour

N° d'assurance-maladie : _____

École : _____ Responsable de la classe-foyer : _____

Parent/tuteur : _____

Téléphone : _____ (domicile) _____ (bureau) _____ (cellulaire)

Autre personne-ressource : _____
(c.-à-d. parent-substitut)

Téléphone : _____ (domicile) _____ (bureau) _____ (cellulaire)

Médecin : _____ Téléphone : _____

Description de l'état de santé ou du problème médical de l'élève :

PARTIE I

PARTIE II – PLAN DE SOINS ROUTINIERS – Remplissez la partie II pour chaque service demandé

Nota : L'administration d'un médicament pendant une longue période pour gérer un trouble médical est considérée comme un service routinier essentiel.

Décrivez les soins demandés :

Combien de fois faut-il les donner? _____

L'élève est-il capable de prendre lui-même son médicament ou de se donner lui-même ses soins?

Autres directives : p. ex., nom de l'appareil ou du dispositif à employer (s'il y a lieu), entretien de l'appareil, entreposage et accès aux médicaments.

PARTIE II

Responsabilités du parent :

Responsabilités de l'école :

Responsabilités de l'élève :

Indiquez tout autre renseignement qui pourrait nous aider à comprendre les besoins de votre enfant.

Annexe C
SERVICES ROUTINIERS ESSENTIELS
ET PLAN D'URGENCE

Élève: _____

Le personnel scolaire dont le nom figure ci-dessous a reçu la formation nécessaire pour fournir les soins décrits à la page précédente.

Nom	Titre
<input type="checkbox"/> Tout le personnel	
_____	_____
_____	_____
_____	_____

J'ai vérifié la technique de _____ employée par le personnel
A (nom du service)
susmentionné pour les soins de cet élève et je la considère acceptable.

Professionnel de soins de santé autorisé : _____ Date : _____
A signature A année / mois / jour

Titre : _____

OU

Parent/tuteur : _____ Date : _____
A (signature) A année / mois / jour

Nota : La direction de l'école pourrait exiger la signature d'un professionnel de la santé selon le niveau de complexité du service demandé.

PARTIE III – PLAN DE SOINS D'URGENCE – Ne remplissez la partie III que si un plan d'urgence est nécessaire.

La présente partie doit être remplie par l'école, en collaboration avec le parent.

Responsabilités du parent :

PARTIE III

Responsabilités de l'école :

EXAMEN ANNUEL

Nota : Si les exigences du service demandé ont changé, veuillez remplir le nouveau formulaire *Services routiniers essentiels et plan d'urgence*. S'il n'y a aucun changement, veuillez signer ce formulaire de vérification afin de confirmer l'accord du parent avec le plan.

Ce plan sera en vigueur pendant l'année scolaire 20____-20____ sans modification.

Parent/Tuteur : _____
Signature Date : _____
jour / mois / année

Directeur : _____
Signature Date : _____
jour / mois / année

Ce plan sera en vigueur pendant l'année scolaire 20____-20____ sans modification.

Parent/Tuteur : _____
Signature Date : _____
jour / mois / année

Directeur : _____
Signature Date : _____
jour / mois / année

Ce plan sera en vigueur pendant l'année scolaire 20____-20____ sans modification.

Parent/Tuteur : _____
Signature Date : _____
jour / mois / année

Directeur : _____
Signature Date : _____
jour / mois / année

Ce plan sera en vigueur pendant l'année scolaire 20____-20____ sans modification.

Parent/Tuteur : _____
Signature Date : _____
jour / mois / année

Directeur : _____
signature Date : _____
jour / mois / année