

# Programme d'Éducation Environnementale en Plein Air

## Feuille de Permission du Parent/Tuteur Légal



Outdoor Environmental Education Programs  
Office of Curriculum and Instructional Programs  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 345-7 de MCPS  
Janvier 2018

**INSTRUCTIONS POUR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL:** Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à l'enseignant(e) de votre enfant. L'enseignant(e) fournira le formulaire dûment rempli à l'assistant(e) de santé ou à l'infirmier/ière à son arrivée au centre d'éducation en plein air.

Prénom de l'Élève \_\_\_\_\_ Nom de Famille de l'Élève \_\_\_\_\_ N° d'ID de l'Élève \_\_\_\_\_

Prénom Préféré/Choisi de l'Élève \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom de l'École \_\_\_\_\_

Veuillez cocher tout ce qui s'applique:

- Mon enfant a besoin de médicament (Le Parent/Tuteur Légal doit fournir les médicaments dans leur emballage original étiqueté de façon appropriée, correctement autorisé sur le [Formulaire 525-13 de MCPS, Autorisation d'Administrer les Médicaments Prescrits \(Authorization to Administer Prescribed Medication\)](#). Aucun médicament ne sera administré s'il ne se conforme pas au [Règlement JPC-RA de MCPS: Administration de Médicaments aux Élèves \(Administration of Medication to Students\)](#).)
- Mon enfant devrait prendre les médicaments en vente libre suivants \_\_\_\_\_  
J'ai soumis le [Formulaire 525-13 de MCPS, Autorisation d'Administrer les Médicaments Prescrits](#). (La signature du médecin **n'est pas** requise pour les médicaments en vente libre uniquement pour le programme d'éducation environnementale en plein air.)
- Mon enfant a une réaction allergique aux piqûres d'insectes et pourrait requérir un traitement médical. (Si l'épinéphrine est requise, joignez le [Formulaire 525-14 de MCPS, Soins d'Urgence pour la Gestion d'Anaphylaxie \(Emergency Care for Management of Anaphylaxis\)](#).)
- Mon enfant a une réaction anaphylactique à l'aliment/aux aliments suivants \_\_\_\_\_  
Joignez le [Formulaire 525-14 de MCPS, Soins d'Urgence pour la Gestion d'Anaphylaxie](#) si l'épinéphrine est requise.
- Mon enfant a une réaction allergique à \_\_\_\_\_
- Mon enfant a des besoins alimentaires particuliers. \_\_\_\_\_ (Certains régimes spéciaux nécessiteront que les parents/tuteurs légaux fournissent certains aliments.)
- Mon enfant a d'autres conditions particulières dont vous devez être au courant. Ceux sont: \_\_\_\_\_

Date du dernier vaccin du Tétanos de l'élève \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### INFORMATIONS REQUISES\*

Téléphone du Domicile du Parent/Tuteur Légal \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nom du Parent/Tuteur Légal \_\_\_\_\_

Travail \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nom du Parent/Tuteur Légal \_\_\_\_\_

Travail \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nom du Contact en Cas d'Urgence \_\_\_\_\_

Téléphone du Contact en Cas d'Urgence \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nom du Contact en Cas d'Urgence \_\_\_\_\_

Téléphone du Contact en Cas d'Urgence \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\*Cette information d'urgence obligatoire du contact est UNIQUEMENT pour cette activité du Programme d'Éducation en Plein Air. Si vous devez mettre à jour les informations d'urgence de votre élève, veuillez contacter l'école de votre enfant.

### INFORMATIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MÉDICALE

Nom du Prestataire de l'Assurance Médicale \_\_\_\_\_

Groupe/Organisation \_\_\_\_\_

Numéro de la Police d'Assurance \_\_\_\_\_

#### Si la Famille est membre d'un HMO/PPO:

Nom du Groupe \_\_\_\_\_

Cabinet Fréquenté \_\_\_\_\_ N° d'ID \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nom du Médecin de Famille \_\_\_\_\_

Téléphone du Médecin \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

- Cochez si votre enfant sert en tant que lycéen assistant et indiquez l'école que votre enfant fréquente: \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à participer au programme d'éducation en plein air décrit dans la lettre ci-jointe que j'ai lue. Dans le cas où vous ne pouvez pas me joindre en cas d'urgence, je donne l'autorisation au personnel du centre d'éducation en plein air d'autoriser un traitement médical approprié pour mon enfant.

Nom du Parent/Tuteur Légal (veuillez écrire en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Signature, Parent/Tuteur Légal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_