

Écoles publiques d'Arlington : Fiche d'inscription

869 Massachusetts Avenue, Arlington, MA 02476 | arlington.k12.ma.us

(réservé à l'administration) SASID #



Nom de famille Prénom Second prénom District de résidence Date de pré-inscription

Ce formulaire peut être téléchargé à l'adresse : www.arlington.k12.ma.us (mise à jour : 8/2018)

4 sur 8

Renseignements médicaux et contacts en cas d'urgence					
Renseignements personnels de l'élève					
Adresse de résidence				Ville	
Adresse postale					
N° de tél. (dom./principal)			Sexe		Classe actuelle
Date de naissance			Lieu de naissance		
Renseignements médicaux					
Avez-vous une assurance maladie ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom de la société	
Si vous n'avez pas d'assurance maladie, le Massachusetts offre des plans d'assurance santé qui fournissent aux enfants non assurés des soins médicaux abordables (des restrictions peuvent s'appliquer). Veuillez contacter l'infirmière scolaire pour plus d'informations sur ces programmes. Toute communication est confidentielle.					
Nom du médecin traitant			N° de tél.		
Nom du dentiste			N° de tél.		
Hôpital de choix					
Énumérez toutes les conditions qui s'appliquent		<input type="checkbox"/> TDA / TDAH	<input type="checkbox"/> Autisme / Asperger	<input type="checkbox"/> Diabète de type 1	<input type="checkbox"/> Migraines
		<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Diabète de type 2	<input type="checkbox"/> Trouble
		<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Retard de développement	<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/> épileptique
Liste de toutes les allergies				Avez-vous un EpiPen ?	
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Problèmes d'audition ?			Problèmes de vue ?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Décrire			Décrire		
Parent / Tuteur (1)					
Qualité et nom					
Adresse					
N° de tél. (1)		N° de tél. (2)		Courriel	
Parent / Tuteur (2)					
Qualité et nom					
Adresse					
N° de tél. (1)		N° de tél. (2)		Courriel	
Je donne la permission à l'infirmière scolaire d'administrer de l'acétaminophène ou de l'ibuprofène à mon enfant.					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise l'infirmière scolaire à partager avec le personnel scolaire compétent des renseignements pertinents sur l'état de santé de mon enfant afin de répondre à ses besoins en matière de santé et de sécurité et d'échanger des informations avec le médecin ou le conseiller pédagogique de mon enfant.					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom		Signature		Date	