



Information d'Urgence de l'Élève

(Les Élèves des Écoles Élémentaires et des Collèges Uniquement)

Office of the Deputy Superintendent of Schools
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1
August 2008
French

Si un changement d'adresse s'est produit, une nouvelle preuve de résidence doit être attachée à ce formulaire avant que l'adresse ne soit mise à jour dans l'ordinateur. Veuillez appeler l'école pour voir le genre de documentation exigée pour remplir le processus.

NOM DE L'ÉLÈVE (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM) STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)			NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE/STUDENT ID		GRADE GRADE	SECTION SECTION	ENSEIGNANT/E HOMEROOM TEACHER
TÉLÉPHONE DU DOMICILE HOME PHONE	DATE DE NAISSANCE DATE OF BIRTH	SEXE GENDER	NUMÉRO DE BUS BUS NO.	INQUIÉTUDES EN CAS DE GARDE D'ENFANT/ CUSTODY CONCERNS <input type="checkbox"/> NON/NO <input type="checkbox"/> Oui/YES (veuillez contacter l'école)			
ADRESSE DU DOMICILE HOME ADDRESS			ADRESSE POSTALE SUPPLÉMENTAIRE ADDITIONAL MAILING ADDRESS		LANGUE PARLÉE À LA MAISON: LANGUAGE SPOKEN AT HOME		
NOM DE L'ADULTE RESPONSABLE (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)				NOM DE L'ADULTE RESPONSABLE (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TRAVAIL (EXT): WORK PHONE (EXT):		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE: CELL PHONE:		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TRAVAIL (EXT): WORK PHONE (EXT):		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE: CELL PHONE:	
ADRESSE ÉLECTRONIQUE/E-MAIL:				ADRESSE ÉLECTRONIQUE/E-MAIL:			
RELATION AVEC L'ÉLÈVE:/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MÈRE/MOTHER <input type="checkbox"/> PÈRE/FATHER <input type="checkbox"/> TUTEUR/TUTRICE/GUARDIAN <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)				RELATION AVEC L'ÉLÈVE:/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MÈRE/MOTHER <input type="checkbox"/> PÈRE/FATHER <input type="checkbox"/> TUTEUR/TUTRICE/GUARDIAN <input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)			
SI NOUS NE POUVONS PAS JOINDRE LE PARENT, PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE—NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM): IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY—NAME (LAST, FIRST):							
TÉLÉPHONE (EXT.): PHONE (EXT.):			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE: CELL PHONE:		ADRESSE ÉLECTRONIQUE: E-MAIL:		
RELATION AVEC L'ÉLÈVE:/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MÈRE/MOTHER <input type="checkbox"/> PÈRE/FATHER <input type="checkbox"/> TUTEUR/TUTRICE/GUARDIAN <input type="checkbox"/> AUTRE/OTHER							
LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE APRÈS L'ÉCOLE—NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM):/PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL—NAME (LAST, FIRST)				LANGUE DANS LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR LA CORRESPONDANCE/LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> ANGLAIS/ENGLISH <input type="checkbox"/> CHINOIS/CHINESE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS/FRENCH <input type="checkbox"/> CORÉEN/KOREAN <input type="checkbox"/> ESPAGNOL/SPANISH <input type="checkbox"/> VIETNAMIEN/VIETNAMESE			
ADRESSE: ADDRESS:							
TÉLÉPHONE (EXT.): PHONE (EXT.):			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE: CELL PHONE:		ADRESSE ÉLECTRONIQUE: E-MAIL:		
RELATION AVEC L'ÉLÈVE/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> MÈRE/MOTHER <input type="checkbox"/> PÈRE/FATHER <input type="checkbox"/> TUTEUR/TUTRICE/GUARDIAN <input type="checkbox"/> AUTRE/OTHER.							
Le personnel de l'école administrera les premiers soins et/ou emmènera votre enfant chez un docteur ou à un hôpital pour le traitement d'urgence au cas où cela semble nécessaire et on ne peut contacter aucun des parents (tuteurs). (L'équipe de secours sera utilisée comme nécessaire en cas de situations urgentes)							
CONTACT DU MÉDECIN: (NOM) PHYSICIAN CONTACT: (NAME)				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN PHYSICIAN PHONE:			
CONTACT DU DENTISTE: (NOM) DENTIST CONTACT: (NAME)				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU DENTISTE: DENTIST PHONE:			
PRÉFÉRENCE D'HÔPITAL: HOSPITAL PREFERENCE:							
ALLERGIES – MÉDICAMENTS: ALLERGIES – MEDICATIONS:							
ALLERGIES—PIQÛRES D'ABEILLE/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> NON/NO <input type="checkbox"/> OUI/YES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES:							
ALLERGIES—AUTRE: ALLERGIES—OTHER:							
MÉDICAMENTS ACTUELLEMENT PRESCRITS: (FACULTATIF): CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)							
AUTRES INQUIÉTUDES: OTHER CONCERNS:							
ASSURANCE MÉDICALE/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> NON/NO <input type="checkbox"/> OUI/YES (SI OUI, COCHEZ UNE BOÎTE) <input type="checkbox"/> PRIVÉE/PRIVATE <input type="checkbox"/> CHOIX D'ASSURANCE (ASSISTANCE MÉDICALE) <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS (SOINS POUR ENFANTS)							
L'ÉLÈVE A-T-IL UNE CONDITION MÉDICALE NÉCESSITANT UN SOIN D'URGENCE POSSIBLE? <input type="checkbox"/> NON/NO <input type="checkbox"/> OUI/YES SI OUI VEUILLEZ PRÉCISER DOES THE STUDENT HAVE A HEALTH CONDITION REQUIRING POSSIBLE EMERGENCY CARE?							
LES MÉDICAMENTS SONT-ILS ADMINISTRÉS PAR LE PERSONNEL SCOLAIRE DE FAÇON RÉGULIÈRE?/IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> NON/NO <input type="checkbox"/> OUI/YES							
(SI OUI, MCPS FORM 525-13. (LE FORMULAIRE 525-13 DE MCPS DOIT ÊTRE REMPLI ET RENVOYÉ À L'ÉCOLE)							
Nom imprimé du Parent/Tuteur/de la Tutrice/Printed Parent/Guardian Name				Signature du Parent/Tuteur/de la Tutrice/Signature of Parent/Guardian		Date/Date	