

FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE D'URGENCE
O.R.C. 33313.712
COLUMBUS CITY SCHOOLS

NOM DE L'ÉLÈVE: _____

ADRESSE: _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____

ÉCOLE: _____

PARENT OU TUTEUR (TUTRICE) RÉSIDENTIEL

NOM DE LA MÈRE: _____

TÉLÉPHONE: _____

NOM DU PÈRE: _____

TÉLÉPHONE: _____

AUTRE NOM: _____

TÉLÉPHONE: _____

NOM D'UNE PERSONNE APPARENTÉ OU UN PRESTATAIRE DE SERVICES

RELATION: _____

TÉLÉPHONE: _____

ADRESSE: _____

**LES PARTIES I OU II AU DOS DE CETTE CARTE DOIVENT
ÊTRE REMPLIES**

Partie I- Pour donner son Consentement

Je consens que les fournisseurs de soins médicaux suivants et l’hôpital local soient appelés

Docteur: _____ Tel: _____

Dentiste: _____ Tel: _____

Spécialiste Médical: _____ Tel: _____

Hôpital local: _____ Téléphone de la salle
d’urgence: _____

Dans l’éventualité où des tentatives raisonnables de communiquer avec moi ont échoué, je donne mon consentement pour (1) l’administration de tout traitement jugé nécessaire par le médecin susmentionné ou, dans l’éventualité où le praticien préféré désigné n’est pas disponible, par un autre médecin ou dentiste autorisé; et (2) le transfert de l’enfant dans un hôpital raisonnablement accessible.

Cette autorisation ne couvre pas les interventions chirurgicales majeures, sauf si les avis médicaux de deux autres médecins ou dentistes agréés, confirmant la nécessité de ces interventions chirurgicales, sont obtenus préalablement à l’exécution de ces opérations.

Les faits concernant les antécédents médicaux de l’enfant, y compris les allergies, les médicaments pris et toute déficience physique à laquelle un médecin devrait être alerté, sont énumérés ci-dessous:

Signature du parent/Tuteur(Tutrice): _____

Adresse: _____

Date: _____

Ne remplissez pas la partie 2 si vous avez rempli la partie 1

Partie II - Refus de Consentement

Je ne consens pas au traitement d’urgence de mon enfant. En cas de maladie ou de blessure nécessitant un traitement d’urgence, je souhaite que les autorités scolaires prennent les mesures suivantes:

Signature du parent/Tuteur(Tutrice): _____

Adresse: _____

Date: _____