

# District Scolaire de Philadelphie/School District of Philadelphia

## Formulaire de contact d'urgence/Emergency Contact Form

Sexe/ <i>Sex</i>		Niveau/ <i>Grade</i>		Salle/Sec/Bk/ <i>Rm/Sec/Bk</i>	
ID de l'élève/ <i>Student ID</i>		Nom et prénoms de l'élève / <i>Student's Name (Last Name, First Name)</i>		Date de naissance/ <i>DOB</i>  <small>Mois/Mo. Jour/Day An/Yr.</small>	
Adresse/ <i>Address</i>		No. Appt./ <i>Apt. No)</i>		Tel. domicile/ <i>Home phone</i>	
Numéro de Social Security de l'élève/ <i>Enter child's SSN</i>			Est-ce que l'enfant a une assurance médicale/ <i>Does this child have health insurance? Oui/Y_____ Non/N_____</i>		
Nom du médecin /clinique de l'élève <i>/Name of child's doctor/clinic</i>		Tél./ <i>Telephone No.</i>		Si oui, prière d'indiquer le nom de l'assurance médicale/ <i>If yes, check the appropriate health insurance provider below</i>  <input type="checkbox"/> Atena/US Health Car <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> AmeriChoice <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> Other	
Nom du dentiste/clinique de l'élève <i>/Name of child's dentist/clinic</i>		Tél./ <i>Telephone No.</i>			
1 <sup>er</sup> Contact d'urgence (nom entier) parent/tuteur/ <i>First Emergency Contact (full name)</i> <i>Parent/Guardian</i>		Relation à l'élève/ <i>Relationship to child</i>	Tél. journée/ <i>Daytime phone</i>	Portable/ <i>Cell phone</i>	Courriel/ <i>Email Address</i>
2 <sup>ème</sup> Contact d'urgence (nom entier)/ <i>Second Emergency Contact (full name)</i>		Relation à l'élève/ <i>Relationship to child</i>	Tél. journée <i>/Daytime phone</i>	Portable/ <i>Cell phone</i>	Courriel/ <i>Email Address</i>
3 <sup>ème</sup> Contact d'urgence (nom entier)/ <i>Third Emergency Contact (full name)</i>		Relation à l'élève/ <i>Relationship to child</i>	Tél. journée/ <i>Daytime phone</i>	Portable/ <i>Cell phone</i>	Courriel/ <i>Email Address</i>

Pour des informations supplémentaires, prière de visiter: [www.philasd.org/language/french](http://www.philasd.org/language/french)

## Prière de noter/Please note

Si vous répondez par ‘Oui’ à l’une des questions suivantes, prière de remettre ce formulaire au médecin de votre enfant et demandez-lui de fournir des informations détaillées en anglais/*If the answer to any of the following questions is “Yes”, please take this form to your child’s doctor and ask him/her to provide detailed information in English.*

1. **Est-ce que votre enfant a des besoins/problèmes de santé que l’école doit connaître/Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**      **Oui/Yes** \_\_\_\_\_ **Non/No** \_\_\_\_\_

Si **OUI**, prière de demander au médecin de votre enfant de fournir des informations en anglais/*If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English*

---

2. **Est-ce que votre enfant prend des médicaments/Does your daughter/son take any medication?**

\_\_\_\_\_ **Oui/Yes** \_\_\_\_\_ **Non/No**

Si **OUI**, prière de demander au médecin de votre enfant de fournir des informations en anglais/*If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English*

---

3. **Est-ce que votre enfant a besoin de prendre des médicaments à l’école/Does your daughter/son need to take medication at school?**      \_\_\_\_\_ **Oui/Yes** \_\_\_\_\_ **Non/No**

Si **OUI**, prière de demander au médecin de votre enfant de fournir des informations en anglais/*If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English*

---

\_\_\_\_\_  
**Signature du Parent/s ou Tuteur/s / Signature of Parent/s or Guardian/s**

\_\_\_\_\_  
**Date / Date**