

# LE DISTRICT SCOLAIRE DE PHILADELPHIE

OFFICE OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION

CENTRE ÉDUCATIF

440 N. BROAD STREET, 2<sup>ème</sup> ETAGE- PORTAL C

PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Téléphone: 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Centre: \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Votre enfant a subi un examen de l'ouïe et/ou de la vision. Les résultats sont les suivants

**Résultat de l'examen de l'ouïe**      **Date de l'examen** \_\_\_\_\_

- A passé l'examen de l'ouïe
- N'a pas passé pas l'examen de l'ouïe – Suivi requis (voir ci-dessous)
- Réexamen de l'ouïe – Observations \_\_\_\_\_
- Absent(e) \_\_\_\_\_

**Résultat de l'examen de la vision**      **Date de l'examen** \_\_\_\_\_

- A passé l'examen de la vision
- N'a pas passé l'examen de la vision – Suivi requis (voir ci-dessous)
- Absent(e) \_\_\_\_\_

---

### **Examen de l'ouïe et/ou de la vision non concluants**

Prière de demander au prestataire de remplir la partie ci-dessous et de la remettre à l'enseignant de votre enfant.

### **RAPPORT DU PRESTATIRE DE SANTÉ**

Diagnostique:

Traitement:

Date de la visite de suivi:

Nom du prestataire (en majuscules) \_\_\_\_\_

Signature du prestataire

Date

# Laissez-moi à la maison si...

*Je ne me sens pas bien*



Une fatigue inhabituelle, pâleur, manque d'appétit, confus, ou de mauvaise humeur.

*Je vomis*



Deux ou trois fois en 24 heures.

*J'ai mal à la gorge*



Avec une fièvre ou des glandes enflées.

*J'ai une infection à l'œil*



Mucus épais ou du pus qui s'écoule des yeux.

*J'ai la diarrhée*



Deux ou plus de selles liquides en 24 heures.

*J'ai une éruption cutanée ou des poux de tête*



Éruption du corps avec de la fièvre, des démangeaisons, ou des poux de tête.

*J'ai de la fièvre*



Et des maux de gorge, une éruption cutanée, des vomissements, la diarrhée, les maux d'oreilles, ou tout simplement ne pas se sentir bien.

**...et quand je suis malade:**

1. Ayez quelqu'un qui s'occupera de moi en votre absence.
2. Informez mon enseignant de ce que j'ai, même si vous me gardez à la maison.

# LE DISTRICT SCOLAIRE DE PHILADELPHIE

OFFICE OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION

EDUCATION CENTER

440 N. BROAD STREET, 2<sup>ème</sup> ETAGE - PORTAL C

PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Téléphone: 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Date \_\_\_\_\_

Chers Parents/Tuteurs,

Aujourd'hui, votre enfant, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ a été mordu par un autre enfant. /was bitten by another child

\_\_\_\_\_ a mordu un autre enfant./bit another child

Lorsque des morsures se produisent causant des coupures dans la peau, il est possible que des germes, qui sont naturellement contenus dans la bouche, soient transmis à travers ces ouvertures-là. Parfois, la coupure de la peau est si petite qu'elle n'est pas visible à l'œil nu, mais les germes peuvent néanmoins être transmis.

Il est également possible pour les germes de se transmettre de la peau de l'enfant qui a été mordu à la bouche de celui qui a effectivement mordu.

## **PRIÈRE DE S'ASSURER QUE:**

Si votre enfant a été mordu, le personnel a fourni les premiers soins appropriés, nettoyé la surface avec de l'eau et du savon, et en la recouvrant avec un Band-Aid, si nécessaire.

Si votre enfant a mordu un autre enfant, le personnel l'a aidé à rincer sa bouche avec de l'eau.

Peu importe si votre enfant a été mordu ou a lui-même mordu, il y a toujours un risque d'infection. Nous vous recommandons d'appeler votre prestataire de santé et de suivre ses instructions. S'il s'avère nécessaire que votre enfant consulte son prestataire de santé, prière de demander à ce dernier de rédiger une note au bas de cette lettre ou au bas du Formulaire Ouch (***Ouch Form***) et de la remettre à l'enseignant de votre enfant. Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à appeler Susan Aichele, Coordonnatrice de la santé au 215-400-5671.

LE DISTRICT SCOLAIRE DE PHILADELPHIE  
OFFICE OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION  
EDUCATION CENTER  
440 N. BROAD STREET, 2<sup>ème</sup> ETAGE - PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Téléphone: 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Notice # \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Aux: Parents/Tuteurs de \_\_\_\_\_

Objet: **Conditions pour: Entrée** \_\_\_\_\_ **Jardin d'enfants** \_\_\_\_\_ **Retour** \_\_\_\_\_

Il a été porté à mon intention que le dossier médical de votre enfant est incomplet. **Prière de programmer IMMEDIATEMENT un rendez-vous** avec le prestataire de santé de votre enfant pour obtenir l'information ci-dessous.

Prière de demander à votre prestataire de santé de remplir le formulaire ci-dessous en incluant les dates complètes: par exemple Mois/Jour/Année de chaque partie indiquée sur la liste ci-dessous.

Examen médical	_____	{ Dernier examen _____ }
Examen dentaire	_____	{ Dernier examen _____ }
Visite de suivi examen de la vision	_____	
Visite de suivi examen de l'ouïe	_____	
DPT	_____	TEST DE TB _____
POLIO	_____	PLOMB _____
HÉPATITE B	_____	HEMOGLOBINE/
MMR	_____	HÉMATOCRITE _____
VARICELLE	_____	TENSION ARTÉRIELLE _____
PNEUMOCOQUE	_____	
HIB	_____	

**Merci pour toute votre coopération et aide dans la préservation de la bonne santé de votre enfant au préscolaire.**

**Votre infirmier(e) du Early Childhood.**