

# Le District Scolaire de Philadelphie

## The School District of Philadelphia

### Services de la santé scolaire School Health Services

**PERMISSION D'EXAMENS ET TESTS PAR UN MÉDECIN/INFIRMIÈRE AGRÉÉE SCOLAIRE**  
**PERMISSION FOR EXAMINATION AND TESTS BY SCHOOL PHYSICIAN/SCHOOL NURSE PRACTITIONER**

| ÉLÈVE/PUPIL | NIVEAU/GRADE | SALLE/MANUEL/<br>ROOM/BOOK | ÉCOLE/SCHOOL |
|-------------|--------------|----------------------------|--------------|
|-------------|--------------|----------------------------|--------------|

Les lois de l'état requièrent des tests physiques et dentaux ainsi que des tests de dépistage pour tous les écoliers de la Pennsylvanie. Nous recommandons que vous emmeniez votre enfant à votre médecin habituel pour ce genre de tests. Si vous n'en avez pas, ou si vous souhaitez que votre fils/fille soit examiné(e) par le médecin de l'école ou par une infirmière agréée, prière de signer l'autorisation suivante.

J'autorise le médecin/infirmière agréée de l'école à administrer les services suivants à mon enfant/  
*I give permission for the school physician/school nurse practitioner to provide the following services to my child:*

- *Historique sanitaire/Health history*
- *Examen médical rapide/Brief physical examination*
- *Tests de dépistage pour/Screening tests for:*

\_\_\_ *croissance/growth*  
\_\_\_ *vision/vision*  
\_\_\_ *vision des couleurs/color vision*  
\_\_\_ *ouïe /hearing*  
\_\_\_ *développement/development*

- *Évaluation de la santé et du progrès par l'enseignant/teacher assessment of health and progress*
- *Éducation sanitaire/Health care teaching*
- *Conseils sanitaires/Health counseling*

Je veux être présent(e) durant l'historique sanitaire et l'examen physique/  *Oui/Yes*  *Non/No*  
*I wish to be present for the health history and physical examination*

\_\_\_\_\_  
*Signature Parent/Tuteur/Signature of Parent/Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Date de Signature/Date Signed*

- Je prendrai mon enfant chez mon propre médecin. Prière de m'envoyer un formulaire médical privé à remplir par mon médecin /  
*I will take my child to my own physician. Please send me a Private Physician Report to be completed by my doctor.*

\_\_\_\_\_  
*Signature Parent/Tuteur/Signature of Parent/Guardian*

\_\_\_\_\_  
*Date de Signature/Date Signed*