

**Le District Scolaire de Philadelphie**  
**The School District of Philadelphia**  
**Services Sanitaires Scolaires**  
**School Health Services**

***AUTORISATION D'INFORMATION/CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION***

**A QUI DE DROIT/TO WHOM IT MAY CONCERN:**

Je soussigné(e) autorise l'infirmière de l'école à communiquer autant que nécessaire avec: */I hereby authorize the school nurse to communicate as need with*

Agence/Docteur /Agency/Doctor \_\_\_\_\_

Adresse /Address \_\_\_\_\_

Ville, Etat, Code Postal/City, State, Zip \_\_\_\_\_

Téléphone /Telephone \_\_\_\_\_ Numéro de Fax /Fax # \_\_\_\_\_

Et \_\_\_\_\_ de communiquer avec l'infirmière de l'école et de remettre  
Agence /Agency

des copies de \_\_\_\_\_ concernant  
*Informations requises / Information Requested*

Elève/Student \_\_\_\_\_ Date de Naissance/D.O.B \_\_\_\_\_

Adresse /Address \_\_\_\_\_ Code Postal /Zip \_\_\_\_\_

Nom du Parent/Tuteur /Name of Parent/Guardian \_\_\_\_\_

**PRIERE DE POSTER OU DE FAXER INFORMATION REQUISE A :**

Infirmière de l'Ecole/ School Nurse \_\_\_\_\_ Téléphone /Phone \_\_\_\_\_

Ecole/ School \_\_\_\_\_

Adresse /Address \_\_\_\_\_

Ville, Etat, Code Postal/ City, State, Zip \_\_\_\_\_

Téléphone/ Telephone \_\_\_\_\_ Numéro de Fax /Fax # \_\_\_\_\_

Je comprends que l'information requise sera utilisée pour évaluer, sur une base individuelle, l'état de santé de cet élève et d'aider à établir un programme de management éducationnel et de santé.

Je comprends que cette autorisation restera en effet de la date assignée ici jusqu'à la fin de l'année scolaire à moins qu'elle ne soit révoquée par moi à tout moment et par écrit.

Signature du Parent / Tuteur / Elève (si majeur)/ *Signature of Parent/Guardian/Student (if emancipated)*

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

Pour plus de documents et information traduits en français, prière d'aller à: [www.philasd.org/language/french](http://www.philasd.org/language/french)