

**LE DISTRICT SCOLAIRE DE PHILADELPHIE  
SERVICES SANITAIRES SCOLAIRES**

DATE /Date \_\_\_\_\_

ECOLE /School \_\_\_\_\_

SALLE/LIVRE /Room/Book \_\_\_\_\_

Cher Parent/Tuteur: /Dear Parent/Guardian:

Aujourd'hui à /Today, at \_\_\_\_\_ heures /O'clock, votre enfant /Your child-  
\_\_\_\_\_ a eu une blessure à la tête. Il/elle a été gardé(e)  
dans la salle de soins pendant \_\_\_\_\_ minutes /minutes dans le but d'observer tout  
symptôme d'une blessure grave à la tête, avant d'être ramené(e) à la salle de cours. Une  
heure après, il/elle a été ramené(e) encore une fois dans la salle de soins pour évaluation.  
Aucun symptôme n'a été relevé. Prière de consulter votre médecin de famille ou  
d'emmener votre enfant à l'hôpital si l'un des symptômes suivants se développe :

- Changement dans le comportement, i.e., confusion, irritation
- Etourdissement, nausée, vomissements (plus de 2 fois)
- Convulsion
- Vision voilée ou mouvement anormal des yeux.
- Très forts maux de tête.
- Paralysie des bras et/ou des pieds
- Somnolence continue et extrême
- Démarche titubante

Prière de demander à votre médecin familial de compléter le bas de ce formulaire  
et le retourner à l'Infirmière de l'Ecole le plus tôt possible. Si votre enfant n'a pas été  
examiné(e) par un médecin, prière d'en expliquer les raisons au dos du formulaire et de le  
retourner à l'Infirmière de l'Ecole.

Même dans le cas où aucun des symptômes ne se développe, il est recommandé  
de consulter votre médecin familial.

---

INFIRMIERE DE L'ECOLE /SCHOOL NURSE

## RAPPORT DU MEDECIN FAMILIAL

DIAGNOSTIQUE /*DIAGNOSIS*

TRAITEMENT /*TREATMENT*

INSTRUCTIONS PARTICULIERES POUR LA MAISON/ECOLE /*SPECIFIC INSTRUCTIONS FOR HOME/SCHOOL*

DATE DE LA PROCHAINE VISITE /*DATE OF FOLLOW-UP VISIT* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU MEDECIN  
*DOCTOR'S SIGNATURE*

\_\_\_\_\_  
DATE DE SIGNATURE  
*DATE SIGNED*

\_\_\_\_\_  
NOM DU MEDECIN  
*DOCTOR'S PRINTED NAME*

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEPHONE  
*PHONE NUMBER*

## RAPPORT DU PARENT/TUTEUR

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE PARENT  
*PARENT'S SIGNATURE*

\_\_\_\_\_  
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)