

Nom de l'école : _____ Niveau de scolarité : _____

Nom de l'enfant (nom de famille, prénom et initiale du second prénom) : _____ Date de naissance _____ / _____ / _____
(Informations identiques à celle figurant sur la carte MaineCare, le cas échéant) mois/jour/année

Genre (entourer une seule réponse) : M F T Intersexué

Adresse _____ Code postal _____ Sans-abri

Téléphone des parents : _____ Messages vocaux acceptables ? Oui ou non Courriel de l'enfant pour Telehealth _____

Nom de l'assurance _____ N° de police _____

N° de groupe _____ Adresse de la compagnie d'assurances _____

Nom du garant/parent : _____ N° de téléphone _____

Numéro d'identification MaineCare (se termine avec un A) _____

Êtes-vous sans assurance ? Oui/Non

Si vous êtes sans assurance, l'un de nos conseillers spécialisés dans l'aide financière vous contactera pour discuter de l'assurance et de notre programme de tarif dégressif.

Informations sur la santé :

Médecin généraliste/Prestataire de soins de santé : _____

Mon enfant a subi un examen médical au cours des deux dernières années _ OUI _ NON _ Ne sais pas

Mon enfant devra se faire vacciner cette année. ___ OUI ___ NON ___ Ne sais pas

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? Oui/Non Plan écrit de prise en charge de l'asthme à l'école ? OUI/NON

Votre enfant souffre-t-il de diabète ? Oui/Non Plan écrit de prise en charge du diabète à l'école ? OUI/NON

Autres problèmes de santé physique, dentaire ou mentale : _____

Antécédents médicaux personnels/familiaux -

Veillez cocher l'une des conditions suivantes si elle s'applique aux antécédents médicaux de votre famille :

___ Allergies	___ Diabètes
___ Maladie immunitaire	___ Asthme
___ Cardiopathie	___ Maladie mentale
___ Abus d'alcool ou de drogue	___ Hypertension
___ Cholestérol élevé	___ Tuberculose

Race de l'enfant (cocher plusieurs cases si multiracial) : _____ Blanche _____ Noire, africaine, afro-américaine _____ Autre, polynésienne
_____ Asiatique _____ Indienne de l'Amérique du Sud/centrale/du Nord, Autochtone de l'Alaska _____ Autochtone de Hawaï _____ Multiracial

Ethnicité : _____ Hispanique/latino _____ Non-hispanique/latino

Revenu total annuel du ménage : _____ Nombre total de membres de la famille vivant au foyer : _____

Nom du garant (personne responsable des factures médicales de l'enfant) : _____ Relation avec l'enfant : _____

En signant ce formulaire, je reconnais et comprends que :

- J'ai reçu et lu la lettre d'information relative au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health (« GPH ») qui explique à quoi correspondent les Centres de Santé Scolaire de GPH ainsi que les services et avantages dont mon enfant pourra bénéficier.
- Les Centres de Santé Scolaire de GPH sont une entité distincte des écoles et des bureaux de l'infirmière scolaire. Ces centres fournissent des évaluations de soins primaires et une variété de traitements de soins de santé en milieu scolaire tout en communiquant avec d'autres prestataires pouvant administrer des soins à mon enfant.
- Ce consentement est valide pendant la période à laquelle mon enfant est inscrit dans les systèmes scolaires suivants : Portland, Westbrook ou South Portland, sauf si je rétracte par écrit ce consentement à une date antérieure.
- Il m'est demandé de lire attentivement et de signer le Formulaire d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations en matière de soins de santé en lien avec l'inscription de mon enfant aux Centres de Santé Scolaire de GPH.

J'ai lu ce formulaire dans son intégralité et je consens à inscrire mon enfant au Centre de santé scolaire de GPH pour le moment.

✍ **Signature du parent/gardien** : _____ Date : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Relation avec l'enfant : _____