

Prénom et deuxième prénom de :	Date de naissance :	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Race/Ethnicité: <input type="checkbox"/> Blanc Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Noir Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Asiatique ou Îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Autre _____	
Nom du Parent ou du tuteur :	Téléphone: <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau.	Adresse du domicile:		Quartier:
Contact en cas d'urgence :	Numéro d'urgence: <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau	Ville/État (si autre que D.C.)	Code postal:	
École ou garderie :	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Néant	Prestataire de soins primaires (PCP):		
Nom/N°ID: _____				

**Partie 2: Antécédents médicaux de l'enfant, examen et recommandations**

**Prestataire de santé : Remplir intégralement le formulaire.**

DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL :

POIDS  LB  T  
 KG

YES [Redacted]

except as noted above.

YES  NO Time and/or space for notes on this page

YES  NO Age-appropriate health screening requirements performed within current year. (no disease exam)

---



---

Nom de l'élève :

Date de naissance :

Section 1: Vaccination : Remplissez ou joignez une copie y afférente avec la signature du prestataire de santé et la date..

VACCINS

ENTRER LES DATES COMPLÈTES (mois, jour, année) DES DOSES DE VACCIN

Diphtérie, Tétanos, Coqueluche

□