

**International School of Paris
HOLIDAY LANGUAGE PROGRAM**

Annual Form / *Questionnaire Annuel*

To be completed annually by the Parent/Guardian

A remplir par les Parents / Tuteurs chaque année.

Student Information / Informations concernant l'enfant

Name: _____ Sex: _____ Grade: _____

Date of Birth: _____ / _____ / _____
Day Month Year

Medical History / Antécédents Médicaux

Please tick the appropriate box if your child has or has had any of the following health conditions :

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert des problèmes suivants ?

Allergies *Allergies* Yes No

Please explain _____

Expliquer svp _____

Is your child currently receiving any medical treatment? Yes No

Votre enfant reçoit-il actuellement des soins médicaux ?

Details (including drug(s) and dosage if applicable) _____

Détails (nom du médicament et posologie, le cas échéant) _____

Does your child have any specific dietary needs? Yes No

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?

Please explain _____

Expliquer svp _____

Please write in any other information regarding your child's health that we should know. If any new important information arises after filling in this form, please inform the school.

Veillez indiquer ci-dessous tout autre renseignement concernant la santé de votre enfant dont nous devrions être informés. Merci de nous tenir impérativement au courant de tout changement éventuel.

Please explain _____

Expliquer svp _____

In the event of a serious accident or emergency, the child will be taken to the hospital. The school will immediately contact the parents, or if not available, another emergency contact.

En cas d'urgence ou d'accident grave, l'enfant sera emmené à l'hôpital. L'école contactera immédiatement les parents de l'élève ou la personne à contacter en leur absence.

**International School of Paris
HOLIDAY LANGUAGE PROGRAM**

Name of Student:

Nom d'étudiant : _____

1. Medical Statement

I, undersigned /*Je soussigné* _____ (Parent's Name/*Nom du parent*), give permission to the International School of Paris – Holiday Language Program (ISP-HLP) to make any medical decision regarding my child (including surgical intervention recommended by a doctor) in matters of emergency. I understand that I will be contacted immediately should my child require urgent medical attention /*autorise l'ISP-HLP a prendre toutes décisions médicales urgentes concernant mon enfant (y compris une intervention chirurgicale recommandée par un Médecin)*. *Je prends note que l'ISP HLP me contactera immédiatement en cas d'urgence médicale relative à mon enfant.*

Parent's signature: _____ **Date:** _____

2. Medical Expenses

I, undersigned /*Je soussigné* _____ (Parent's Name/*Nom du parent*), agree to reimburse the ISP-HLP for any medical expenses incurred /*m'engage à rembourser à l'ISP-HLP toutes dépenses médicales engagées par elle pour mon enfant.*

Parent's signature: _____ **Date:** _____

3. Field Trips

I, undersigned /*Je soussigné* _____ (Parent's Name/*Nom du parent*), give permission for my child to participate in field trips organized by ISP HLP during the course of the day /*autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par ISP HLP.*

Parent's signature: _____ **Date:** _____

Emergency Contacts:

En cas d'urgence :

Mother / Mère

Last Name/*Nom* _____

First Name/*Prénom* _____

Tel. 1 _____ Tel. 2 _____

Email _____

Father / Père

Last Name/*Nom* _____

First Name/*Prénom* _____

Tel. 1 _____ Tel. 2 _____

Email _____

Other / Autre

Last Name/*Nom* _____

First Name/*Prénom* _____

Tel. 1 _____ Tel. 2 _____

Email _____