



V.I.E. Program – Medical Proxy & Allergy Information Form

Programme V.I.E. – Formulaire de procuration médicale et d'informations sur les allergies

(To be completed by the parent/guardian / À remplir par le parent ou tuteur légal)

Student Information / Informations sur l'élève

- Full Name / Nom complet : _____
- Date of Birth MM/DD/YY/ Date de naissance : _____

Known Allergy Information / Informations sur l'allergie connue

- Identified Allergen(s) / Allergène(s) identifié(s) :

- Severity of Reaction / Gravité de la réaction :
☐ Mild / Légère ☐ Moderate / Modérée ☐ Severe / Sévère ☐ Anaphylactic / Anaphylactique
- Typical Symptoms / Symptômes typiques :

- Trigger Details (e.g., ingestion, contact, airborne) / Détails des déclencheurs (ex. ingestion, contact, dans l'air) :

- Cross-contamination risks (e.g., utensils, surfaces) / Risques de contamination croisée ex. : ustensiles, surfaces) : :

Emergency Response Plan / Plan d'urgence

- Required Medications / Médicaments nécessaires :
☐ Antihistamines (Name/Dosage) / Antihistaminiques (Nom/Dosage) :

☐ Epinephrine Auto-Injector / Auto-injecteur d'épinéphrine (EpiPen ou équivalent)
☐ Other / Autre : _____
- Instructions in Case of Reaction / Instructions en cas de réaction :

- Medication Provided with Student / Médicament fourni avec l'élève :
☐ Yes / Oui ☐ No / Non
- Location of Medication / Lieu de stockage du médicament :

Emergency Contacts / Contacts d'urgence

1. Name / Nom : _____
 - Relationship / Lien avec l'enfant : _____
 - Phone / Téléphone : _____
 - Email : _____
 2. Name / Nom : _____
 - Relationship / Lien avec l'enfant : _____
 - Phone / Téléphone : _____
 - Email : _____
-

Medical Proxy Authorization / Procuration médicale

I, the undersigned parent/legal guardian of the student named above, hereby authorize the following individuals to act on my behalf in the event of a medical emergency during participation in the Vistas In Education, Inc. travel program:

- V.I.E. staff
- The organizing teacher(s)
- The French host family or appointed guardian

This includes the administration of emergency medication, seeking emergency services, and acting on my behalf if I cannot be reached.

I confirm the information provided is accurate and will inform the program of any updates.

Je soussigné(e), parent ou tuteur légal de l'élève nommé ci-dessus, autorise par la présente les personnes suivantes à agir en mon nom en cas d'urgence médicale liée à l'allergie de mon enfant durant sa participation au programme Vistas In Education, Inc.:

- Le personnel du programme V.I.E.
- Le ou les enseignants accompagnateurs
- La famille d'accueil française ou le tuteur désigné

Cette autorisation inclut l'administration de médicaments d'urgence, le recours aux services médicaux, et toute décision nécessaire si je ne peux pas être contacté(e).

Je confirme que les informations fournies sont exactes et je m'engage à informer le programme de toute mise à jour.

Parent/Guardian Name (printed) / Nom du parent ou tuteur (en lettres majuscules) :

Signature : _____

Date : _____