

ELEVE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Adresse :

N° d'assurance S.S N° d'assurance RC

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

Nom du médecin traitant

Ville et n° de tél :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Pathologie (*maladie chronique ou invalidante, handicap, allergie*) :Traitement (*joindre impérativement un certificat médical sous pli confidentiel*):

Il est interdit d'être en possession de médicaments sans prescription du médecin ou mot des parents.

L'ordonnance ou le mot sera donné à la vie scolaire (à l'éducateur pour les internes) dès le début du traitement.

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**CONTACT 1**

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Tél : / / / / Port : / / / /

Mail :

CONTACT 2

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Tél : / / / / Port : / / / /

Mail :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté par les secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille.

J'autorise les pompiers à prendre en charge mon enfant seul en cas de besoin.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....autorisons l'anesthésie de notre fils/fille
..... au cas, où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide,
il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait àle

Signature du/des responsable(s) légal(aux)