



FICHE MÉDICALE

2024-2025

Nom de l'élève : Prénom : Classe :

Date de naissance : Externe Demi-pensionnaire Interne

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel domicile : Travail père : Portable père :

Travail mère : Portable mère :

Nom, prénom et téléphone d'une personne à prévenir (si la famille n'est pas joignable) :

Vaccinations : (joindre photocopie du carnet de santé)

Allergies :

Problèmes éventuels (audition, vue...):

Traitements :

Si votre enfant a un traitement médical à prendre régulièrement ou en urgence sur le temps scolaire, merci de fournir une ordonnance de moins de 3 mois et de retirer un document PAI au secrétariat. Ce document est à remplir par le médecin.

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

N° de sécurité sociale du responsable de l'enfant :

DECLARATION DES PARENTS

En cas d'accident ou de malaise grave survenant à mon enfant : si on ne peut pas m'atteindre par téléphone ou si le temps presse, j'autorise le personnel enseignant et l'administration de l'établissement à prendre à ma place les décisions nécessaires. (Exemple : transport en clinique ou hôpital)

En cas d'impossibilité d'obtenir un tel transport par ambulance, je dégage entièrement la responsabilité du personnel enseignant et d'administration qui pourrait être amené à effectuer ce transport.

A moins de demande expresse de modifications de ma part, ces déclarations sont valables pour toute la scolarité de mon enfant dans cet établissement.

A, le

Signature des parents ou du responsable légal