



NOTICE MEDICALE CONFIDENTIELLE DESTINEE A L'INFIRMERIE

Photo récente
obligatoire à coller

ELEVE

Nom Prénom(s)
Date/Lieu de naissance Nationalité Sexe F M
Classe et Etablissement en 2020-2021
Classe rentrée 2021

REGIME interne 1/2 pensionnaire externe

RESPONSABLE LEGAL Père et Mère vivant ENSEMBLE

PERE Nom Prénom **MERE** Nom Prénom
Adresse :
Tél. Domicile : Mail :
N° Portable (père) N° Portable (mère)
Profession Père Nom et lieu de l'entreprise N° tél.
Profession Mère Nom et lieu de l'entreprise N° tél.

RESPONSABLE LEGAL Père et Mère vivant SEPAREMENT

PERE Nom Prénom
Adresse
Tél. Domicile N° Portable Mail
Profession Nom et lieu de l'entreprise N° tél.
MERE Nom Prénom
Adresse
Tél. Domicile N° Portable Mail
Profession Nom et lieu de l'entreprise N° tél.

MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom
Adresse Tél.

SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE

Nom et N° caisse de sécurité sociale Adresse
Nom et N° inscription mutuelle Adresse

EN CAS D'ACCIDENT

Nom et N° d'une personne susceptible de vous joindre rapidement

AUTORISATION PARENTALE (prendra effet à compter de la rentrée 2021)

Je soussigné (e)

Père, Mère, Tuteur (personne légalement responsable)

autorise le Directeur du Lycée, à prendre toute décision destinée à faire donner les soins médicaux qui pourraient être nécessaires à mon fils - ma fille

autorise un membre du personnel du lycée, à transporter mon fils - ma fille aux urgences.

En cas d'accident, de maladie contagieuse, d'affection grave, (dans la mesure du possible, le Lycée s'efforcera de prévenir les parents avant de prendre une décision).

Hospitalisation : Centre hospitalier de Fougères – 133 rue de la Forêt – 35300 FOUGERES

Cependant, en cas d'urgence, l'élève sera transporté par les services de secours qui prendront toutes mesures appropriées concernant le lieu d'hospitalisation.

Je m'engage à rembourser au lycée les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à le

Signature(s)

Dans certains cas particuliers les médicaments peuvent être déposés à l'infirmerie.

L'élève présente-t-il une intolérance à un médicament particulier ? si oui, indiquer le :

.....
.....

Antécédents médicaux :

- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Allergie (autre) | Laquelle |
| | Traitement..... |
| <input type="checkbox"/> Asthme | Traitement..... |
| <input type="checkbox"/> Spasmophilie | Traitement..... |
| <input type="checkbox"/> Tétanie | Traitement..... |
| <input type="checkbox"/> Convulsions – Epilepsie | Traitement..... |
| <input type="checkbox"/> Diabète | Traitement..... |
| <input type="checkbox"/> Maladie Cardio-Vasculaires | Traitement..... |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Antécédents chirurgicaux :

.....
.....

Dates des éventuelles interventions chirurgicales :

A-t-il des problèmes de vue ? Oui Non d'audition ? Oui Non

A-t-il eu des crises d'appendicite ? Oui Non

Vaccinations : **Merci de joindre les photocopies des vaccins inscrits dans le carnet de santé de votre jeune.**

Concernant les filières SAPAT et ASSP, la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire.

Les stages auprès des structures ne pouvant se faire qu'à cette condition.

Nom - Prénom des frères et sœurs	Date de naissance	Profession	Problèmes Médicaux Eventuels