



Notice médicale confidentielle
Année scolaire 2021-2022

+ Joindre copie vaccins

Photo récente
Obligatoire

L'ÉLÈVE :

NOM – PRENOMS (<i>en majuscules</i>)	
Date et lieu de naissance	
Classe rentrée 2021-2022	
Régime demandé : <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Interne	
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre
Classe + Etablissement (nom – adresse) Année 2020-2021	

LE RESPONSABLE LEGAL :

<input type="checkbox"/> Monsieur et Madame <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
NOM – Prénom (<i>en majuscules</i>)	
Adresse personnelle + Téléphone + Portable + Adresse mail	

MÈRE :

NOM de jeune fille - Prénom (<i>en majuscules</i>)	
Profession Entreprise (nom – adresse – téléphone)	
Adresse personnelle + Téléphone + Portable + Adresse mail <i>Si différents du responsable légal</i>	

PÈRE :

NOM - Prénom (<i>en majuscules</i>)	
Profession Entreprise (nom – adresse – téléphone)	
Adresse personnelle + Téléphone + Portable + Adresse mail <i>Si différents du responsable légal</i>	

MEDECIN TRAITANT :

NOM - Prénom (<i>en majuscules</i>) – Téléphone	
Adresse + N° Caisse de Sécurité Sociale	
Nom – Adresse – N° Inscription Mutuelle	

EN CAS D'ACCIDENT :

NOM et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement	
-------------------------------------------------------------------------	--

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

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 l'infirmière 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 :

Cette autorisation prendra effet à compter de la rentrée 2021/2022

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 ? d'audition ?

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

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

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