

Fiche sanitaire de liaison et autorisation médicale

Nom de l'étudiant (e) : Prénom :


Classe : Date de naissance : Qualité : Externe – D.P. - Pensionnaire

N° de sécurité sociale :

Nom, prénom et adresse des parents ou du responsable légal :
.....

Rappel coordonnées familles :

 du domicile :
 du travail du père :  Mobile :
 du travail de la mère :  Mobile :

Nom et  d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

Nom, adresse et  du médecin traitant :
.....

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement
(allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...).

.....
.....
.....

En cas de maladie chronique nécessitant un traitement pendant le temps scolaire, joindre l'ordonnance et le protocole d'urgence.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans).

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Les frais de consultation médicale, transport et pharmacie sont à la charge des familles.

Je soussigné(e) Monsieur, Madame, Père, Mère (1) de

Déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Chef d'Etablissement ou son représentant à prendre le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) d'urgence rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Fait à le

Signature du père

Signature de la mère

*Signature du représentant légal
le cas échéant*