

Fiche médicale

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom, prénom :

tél : perso..... travail :

Nom, prénom :

tél : perso..... travail :

Médecin traitant :

Adresse:

CP : Ville : ☎ :

OBSERVATIONS PARTICULIERES QUE VOUS JUGEREZ UTILES DE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ETABLISSEMENT (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, ...) :

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

Date dernier rappel **vaccin antitétanique** :

(pour être efficace, nécessite un rappel tous les 5 ans)

Caisse d'assurance maladie :

N° Assuré :

Mutuelle:

N° Mutuelle :

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous pli cacheté à l'intention de la Direction.

Mr et/ou Mme autorise(nt) le chef d'établissement ou son représentant, à faire transporter l'élève au centre hospitalier, en cas d'urgence.

En particulier, nous autorisons toute intervention chirurgicale qui s'avèrerait nécessaire, après avis des autorités médicales.

A : _____
Signature :

le : / /