



NOM _____

Prénoms _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Qualité :EXT-DP-INT CLASSE :

EN CAS D'URGENCE, PERSONNE A PREVENIR (IMPORTANT) :

Nom _____ **Prénom** _____

Adresse _____ **Code postal** _____ **Ville** _____

Tél domicile _____ **Portable parents** _____ / _____

Tél travail parents _____ / _____

Autre personne de confiance à contacter en cas d'urgence : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Si handicap, maladie chronique, traitement, il est demandé une lettre cachetée adressée au médecin scolaire, merci.

Votre enfant a-t-il une allergie (alimentaire, médicamenteuse, respiratoire, ...) OUI NON

Si oui, laquelle ? _____ Y a-t-il un PAI ? OUI NON

Votre enfant a-t-il un traitement régulier ? OUI NON Si oui, lequel ? _____

Votre enfant a-t-il un problème de santé particulier ? OUI NON Lequel ? _____

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire pour raison médicale (ou autre) ? OUI NON

Si oui lequel ? _____

Votre enfant est-il : dyslexique, dysgraphique, dyscalculique, dysorthographique, dyspraxique ou aphasique ? _____

Votre enfant a-t-il un PAP, un PAI ou une reconnaissance MDPH ? _____

Autres problématiques à porter à notre connaissance ? _____

Les dispenses de sport doivent être données exclusivement à l'infirmière qui les transmettra aux professeurs concernés.

TOURNEZ LA PAGE SVP

Aucun médicament ne doit circuler à l'internat. En cas de traitement, le donner à l'infirmière avec l'ordonnance et l'autorisation parentale.

J'autorise mon fils, ma fille à se rendre seul(e) à un rdv médical : OUI NON

Autorisation de soins en milieu hospitalier en situation d'urgence (pour la durée de l'année scolaire :

Je soussigné(e) _____ représentant(e) légal(e) de l'élève _____ autorise le Chef d'établissement à transférer mon enfant dans l'établissement de soins : (préciser le CHU ou la clinique) _____ .

L'appel téléphonique à la famille précède le transfert en établissement de soins.

A la sortie de l'établissement de soins :

- Pour les élèves externes ou demi- pensionnaires :
Je m'engage à reprendre mon enfant dans l'établissement de soins où il aura été orienté.
- Pour les élèves internes mineurs :
Sauf impossibilité majeure, je m'engage à reprendre mon enfant dans l'établissement de soins où il aura été orienté.
- Pour les élèves internes majeurs :
J'autorise le Chef d'établissement à organiser le retour de mon enfant, du centre de soin à l'internat, si son état de santé le permet. Dans ce cas, il pourra rentrer seul, en taxi, la prise en charge financière du déplacement étant à la charge de la famille.
- Lorsque l'évacuation ne nécessite ni urgence, ni position allongée, les frais de transport sont à la charge de la famille. Dans ce cas, je préfère être informé(e) par le lycée et venir prendre en charge mon enfant à l'infirmierie.

VACCINATION : Date du dernier rappel DTP : _____

Date : ____/____/____

Signature du représentant légal :