➲ Fiche médicale confidentielle

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Nom du médecin de famille : .....

Son numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Groupe sanguin : .....

Sujet à (répondez par NON ou OUI, et précisions si nécessaire)

- évanouissements : ❒ OUI ❒ NON
- saignements (de nez...) : ❒ OUI ❒ NON
- autre : .....
- asthme : ❒ OUI ❒ NON
- allergies à : ❒ OUI ❒ NON

Maladie en cours nécessitant un traitement : .....

Nom(s) du (ou des) médicament(s) : .....

Si vous le jugez utile, donnez à votre enfant son "carnet de santé", ou des photocopies des pages remplies (p.8/9, 12/13) et la dernière consultation.

En cas d'urgence, j'autorise mon enfant à se faire hospitaliser : ❒ OUI ❒ NON

Je donne, par la présente, autorisation de faire utiliser une ambulance et donne mon accord pour l'admission dans un hôpital, pour tout traitement recommandé par le personnel médical, y compris une intervention chirurgicale si c'est une nécessité dans l'intérêt de l'enfant.

Date Signature des Parents ou Tuteurs

L'autorisation ci-dessus ne sera utilisée qu'en cas d'urgence. S'il survient un accident sans urgence, tout effort sera fait par l'encadrement pour contacter les parents en priorité. Pour cette raison, veuillez écrire ci-dessous votre adresse pendant toute la période du voyage, et les numéros de téléphone auxquels nous pouvons vous joindre jour et nuit.

Nom des parents ou tuteurs : .....

Adresse : .....

Tél. domicile père : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. domicile mère : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Travail du père : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Travail de la mère : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si d'autres informations vous semblent nécessaires pour la surveillance de votre enfant, veuillez les inscrire ci-dessous :

.....

.....

.....

.....