

# 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 :                    /                    /