

Fiche Sanitaire de l'élève et d'autorisation de soins à remettre en Vie Scolaire le jour de la rentrée

Nom :	Prénom	Classe :
-------	--------	----------

Sexe: *Féminin* *Masculin*

Né(e) le : _____ A : _____ Département : _____

- + Votre enfant est-il à jour de ses vaccins ? *Oui* *Non*
Si Non, de quel(s) vaccin(s) ? _____
- + Votre enfant suit-il (elle), actuellement un traitement médical prescrit ? *Oui* *Non*
Si Oui, lequel ? _____
- + Votre enfant souffre-t'il (elle) d'une allergie ? *Oui* *Non*
Si Oui, de quelle(s) allergie(s) s'agit-il ? _____
- + Votre enfant suit-il (elle) un régime alimentaire particulier ? *Oui* *Non*
Si Oui, quel régime ? _____

Autre indications relatives à la santé de l'enfant : _____

Nom du médecin traitant :	
Commune :	N° de téléphone :

IMPORTANT : si votre enfant souffre d'un grave problème de santé, il est indispensable de fournir un certificat **médical**.

Si un PAI médical (Asthme, Diabète.....) doit être mis en place, merci de vous adresser à la vie scolaire.

Autorisation de soins des responsables légaux

Nous soussignés, M. Mme _____, déclarons exacts les renseignements sur cette fiche et autorisons Mme Judicaëlle MARAIT, Cheffe du groupe scolaire Collège Sainte Anne / Lycée La Providence, ou l'un de ses représentants, à prendre toutes les mesures (soins, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant _____ inscrit en classe de _____

EN CAS D'URGENCE, L'ELEVE SERA AUTOMATIQUÉMENT DIRIGÉ PAR LES POMPIERS VERS L'HOPITAL LE PLUS PROCHE SELON LES CONSIGNES DONNÉES PAR LES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE

Fait à : _____ le : _____

Signatures du (des) responsable(s)