



Collège Saint-Joseph



## Renseignements médicaux

NOM et Prénom de l'élève \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale (ayant droit) \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Groupe sanguin \_\_\_\_\_

Date du dernier vaccin ou rappel antitétanique \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ?  oui  non

Si oui, merci de préciser \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un suivi médical particulier (soins, prise de médicaments, autre ...)  oui  non

Si oui, merci de préciser \_\_\_\_\_

Contre-indications médicamenteuses éventuelles :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous nous communiquer d'autres informations sur son état de santé nécessitant une vigilance particulière ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des parents ou responsable légal :

## AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

**En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Je soussigné(e) (Nom des parents ou responsable légal) : \_\_\_\_\_  
donne l'autorisation par la présente au chef d'établissement, si c'est une nécessité pour l'état de santé de mon enfant, de consulter un médecin, de faire utiliser si besoin une ambulance, et de faire pratiquer tout acte médical et chirurgical -y compris une intervention nécessitant une anesthésie et/ou une transfusion sanguine-.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des parents ou responsable légal :

**Personnes à contacter en cas d'urgence (lien avec l'élève) :**

**N<sup>os</sup> de téléphone :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_