



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^{os} de téléphone :

