

Elève

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

<u>Au niveau médical</u>		<u>L'enfant est-il ALLERGIQUE ?</u>
MEDECIN TRAITANT		
Nom		1. A des médicaments ? Lesquels ?
Adresse	
Tél.	
GSM		2. A des aliments ? Lesquels ?
L'enfant est : droitier / gaucher	
Il porte des lunettes : OUI / NON	
Toujours / en classe	
Au niveau de son comportement, habitudes de vie, etc...		
.....		
Date du dernier rappel TETANOS :		

→ Nous vous rappelons que nous ne pouvons pas donner de traitements médicamenteux à votre enfant. Seuls les parents, ou le médecin traitant sont habilités à le faire. Dans le cas où cela serait nécessaire il nous faut un certificat du médecin.

→ En cas d'urgence, je/nous soussigné(e)(s)..... (père - mère - tuteur - personne ayant la garde de l'enfant*) autorise/ons la personne responsable de l'établissement à transporter mon/notre enfant ou le faire transporter par le service des urgences du SAMU, à l'hôpital le plus proche du lieu de l'accident : OUI NON *

→ J'ai/Nous avons noté que la personne responsable de mon/notre enfant ou la Direction de l'école me/nous prévient immédiatement aux numéros de téléphone repris sur la fiche de renseignements de mon/notre enfant : OUI NON*

→ J'/Nous autorise/ons le médecin désigné par l'hôpital à effectuer toute intervention jugée INDISPENSABLE et pour laquelle mon/notre consentement n'aurait pas pu encore être obtenu : OUI NON*

→ Si un cas de méningite se déclare en milieu scolaire, j'/nous autorise/ons le médecin scolaire à donner la dose unique de traitement antibiotique afin d'éviter l'apparition d'autres cas : OUI NON*

Fait à le

Signature(s) :

* biffer la mention inutile

