

Fiche médicale de l'élève

NOM : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / _____

Adresse : _____

Téléphone des parents : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Autres personnes à contacter en cas de problème

Merci de préciser : (grands-parents, famille, amis etc...)

Nom : _____ lien avec l'élève : _____ port : ___ ___ ___ ___

Nom : _____ lien avec l'élève : _____ port : ___ ___ ___ ___

Traitement : _____

Allergies : _____

Régime alimentaire : (végétarien etc...) _____

Education physique et sportive : Autorisée Non autorisée (dans ce cas fournir un certificat médical)

Autorisation d'hospitalisation en cas d'urgence

Mr / Mme : _____

Parents de l'élève : _____

autorisent le Chef d'établissement du Collège / Lycée Sainte Austreberthe à faire hospitaliser notre enfant au C.H.A.M. de Rang du Fliers (ou dans l'hôpital le plus proche de là où se trouve l'élève s'il est en sortie scolaire) et nous donnons notre autorisation pour faire procéder à toute intervention urgente qui s'avère nécessaire, y compris l'anesthésie.

Fait à : _____ le : _____

Pour servir et valoir ce que de droit.

Parents (ou tuteur légal) de l'élève : _____

Signatures :