Lamennais
Douarnenez

Fiche médicale

Nom et prénom de l'élève : .....

Date de naissance : .....

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom, prénom : .....

tél : perso..... travail : .....

Nom, prénom : .....

tél : perso..... travail : .....

Médecin traitant : ……

Adresse: ……..……..……..……..

CP : …… Ville : ……☎ : ……

OBSERVATIONS PARTICULIERES QUE VOUS JUGEREZ UTILES DE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ETABLISSEMENT (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, …) :

……..……

……..……...

Date dernier rappel **vaccin antitétanique** : .....
(pour être efficace, nécessite un rappel tous les 5 ans)

Caisse d'assurance maladie : ……..……..……

N° Assuré : ……..……..……..……..……..……..

Mutuelle: ……

N° Mutuelle : ……..……..……..……..……..…….

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous pli cacheté à l'intention de la Direction.

M. et/ou Mme ……. autorise(nt) le chef d'établissement ou son représentant, à faire transporter l'élève au centre hospitalier, en cas d'urgence.
En particulier, nous autorisons toute intervention chirurgicale qui s'avèrerait nécessaire, après avis des autorités médicales. :
_____. le : / /
Signature :