



**FICHE MEDICALE**

NOM DE L'ELEVE : ..... CLASSE ACTUELLE : .....

PRENOM : ..... Sexe ..... Date de naissance : .../.../.....

CANTINE :  oui  non

Nom et adresse des parents : .....

Téléphone(s) du domicile : .....

**COMPOSITION DE LA FAMILLE :**

Situation des parents :  mariés  veuf  séparés  divorcés  autres.....

NOM PERE/MERE ..... NOM PERE/MERE .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

N° père mobile : ..... bureau : .....

N° mère mobile : ..... bureau : .....

En cas d'urgence, nom et numéro de téléphone d'un parent le plus proche : .....

**ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ELEVE**

**allergie avérée nécessitant un PAI (à renouveler chaque année)** et un traitement d'urgence dans l'établissement. Si oui, laquelle :

**Aucun repas ne peut être servi par la société Elios à un élève ayant une allergie alimentaire. Un tarif spécifique sera appliqué pour les élèves qui amèneront leur repas à Lübeck (uniquement si le PAI est à l'infirmerie). Même sans cantine, les parents ont l'obligation de laisser le traitement accompagné de l'ordonnance à l'infirmerie à l'année.**

asthme .....

diabète .....

autre .....

- votre enfant est atteint d'un problème de santé pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire (merci de vérifier la péremption du traitement).
- votre enfant est susceptible de prendre **un traitement d'urgence** (faire remplir par votre médecin traitant et apporter à l'établissement le PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) actualisé + les médicaments non périmés. Les parents sont responsables du remplacement des médicaments périmés.
- votre enfant est atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

**Contactez l'infirmière en cas de traitement médical utile dans l'année**

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique avec l'âge de votre enfant lors de ce rappel : ...../...../.....**

Soit : .....ANS.

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale urgente.

A le SIGNATURE Père/Mère SIGNATURE Père/Mère