



DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL et OBLIGATOIRE

A REMETTRE le jour de la rentrée à l'enseignant ou au conseiller d'éducation

**ECOLE – COLLEGE - LYCEE
ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

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 Elior 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

TOUT DOCUMENT INCOMPLET SERA RETOURNE