

**FICHE MEDICALE**

NOM DE L'ELEVE : .....

CLASSE : .....

PRENOM : ..... Sexe .....

Date de naissance : .../.../.....

CANTINE : ☐ oui ☐ nonNom de l'établissement scolaire en **2021-2022** : .....Adresse de l'établissement scolaire en **2021-2022** : .....

Nom et adresse des parents : .....

Téléphone(s) du domicile : .....

Prière de nous signaler tout changement récent survenu dans la famille : .....

**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 : .....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 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

SIGNATURE Mère