

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Père, Mère, Tuteur, (1) responsable de l'élève  
\_\_\_\_\_

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

- autorise les responsables de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, prise en charge médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant,
- m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature (2)

- (1) rayer les mentions inutiles
- (2) Le responsable légal du jeune devra écrire de sa main la mention : lu et approuvé, suivie de sa signature.



Année Scolaire 2021/2022

Classe :

## FICHE MÉDICALE

à remplir par la famille et à retourner avec la photocopie de la carte vitale

Nom de l'élève \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ DE LA FAMILLE

RESPONSABLE (Père, Mère, Tuteur,) \_\_\_\_\_

NOM, Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

Père : Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Mère : Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

N° de sécurité la sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse de la sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Le cas échéant, intitulé et adresse de la mutuelle \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : En cas de nécessité prévenir :**

M./Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

**NOM et Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**ACTUELLEMENT, L'ÉLÈVE SUIV-IL UN TRAITEMENT ?**

Si oui, lequel ?

Présente-t-il des signes **d'allergie** ? Si oui, lesquels ?

S'il doit suivre un traitement n'oubliez-pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

**VACCINATIONS**

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet de vaccination ou **joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé** (sauf nouveaux élèves)

Antipolyomyélitique-Antidiphtérique-Antitétanique-Anticoquelucheuse		
Préciser s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
DTPC		/ /
RAPPELS		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

		Dates
<b>Antituberculeuse (BCG)</b>		
1er VACCIN		/ /
REVACCINATION		/ /
		/ /
<b>Autres vaccins</b>		
Vaccins pratiqués		Dates
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

**Renseignements médicaux concernant l'élève**

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Varicelle</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Rougeole</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Asthme</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Angines</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

<b>Scarlatine</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Oreillons</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Rhumatismes</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Otitites</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

Les données de santé transmises sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- \* au service médical de l'établissement
- \* aux services médicaux d'urgence,
- \* en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- \* et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifiques (PAI, PPS) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux,.....)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

A....., le.....

Signature des parents

