

Coller dans ce cadre
une PHOTO
d'identité

- Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
- Coordonnées de la personne (grands-parents, correspondant...) autorisée à prendre l'élève en charge et/ou susceptible de vous prévenir rapidement.
- Adresse :
.....
.....
.....

Téléphone : / / / /

- Des informations confidentielles peuvent, si la famille le désire, être adressées, sous pli fermé à l'intention du médecin ou de l'infirmier(ère) du Service de Santé Scolaire.
- Tout médicament prescrit par le médecin traitant, devra faire l'objet d'une ordonnance qui sera remise à l'infirmier. Celle-ci aura la garde des médicaments et sera chargée de leur administration.
- Toute dispense d'Education Physique et Sportive doit être justifiée par un certificat médical qui sera apporté à l'infirmière laquelle transmettre l'information à la Vie Scolaire. Il est rappelé que l'élève n'est pas pour autant dispensé du cours d'EPS auquel il devra assister, l'enseignant lui proposant une activité adaptée à son état de santé.
Les inaptitudes totales à l'année (ou les dispenses de plus de 3 mois) ou les inaptitudes partielles (dispense de certaines activités physiques) doivent être justifiées par un certificat médical remis au médecin scolaire de l'Etablissement.

NOM :

PRENOM :

GARCON FILLE

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___/

LIEU :DEPT :

NATIONALITE :

N° S.S. de l'élève exclusivement

Classe :	Externe <input type="checkbox"/>
Année scolaire :	Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/>
	Interne <input type="checkbox"/>

PERE	MERE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
N°SS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	N°SS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Profession :	Profession :
Tél. (Domicile) : / / / /	Tél. (Domicile) : / / / /
Tél. (Travail) : / / / /	Tél. (Travail) : / / / /
Tél. (Portable) : / / / /	Tél. (Portable) : / / / /

Frères : Nombre Age

Soeurs : Nombre Age

EN CAS D'URGENCE PREVENIR	EN PRIORITE	AUTRE <input type="checkbox"/> (dans ce cas préciser) :
	PERE <input type="checkbox"/>	Qualité :
	MERE <input type="checkbox"/>	Nom :
		Prénom :
		Tél. : / / / /

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

1. Maladies, Accident, Hospitalisation :

Allergie, diabète, maladies rénales, asthme, cardiopathie (préciser laquelle), rhumatisme articulaire aigu, maladie du sang, épilepsie, maladie du système nerveux, ...

Autres Maladies à signaler :

.....

Interventions Chirurgicales :

.....

Date du dernier vaccin antitétanique :

.....

Observations et/ou précautions particulières :

.....

..

2. Votre enfant a-t-il bénéficié de

- P.A.I. (*projet d'accompagnement individualisé*) ?
- PAP (*plan d'accompagnement personnalisé/dys*) ?
- PPS (*projet personnalisé de scolarisation*) ?

3. Suivi orthophoniste dans les années précédentes oui non

4. Traitement en cours :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Nom et adresse du Médecin Traitant :

.....

.....

.....

Téléphone : / / / /

Je soussigné(e)

- Père - Mère - Tuteur

Nom : **Prénom :**

Représentant légal de l'élève

Nom : **Prénom :**

Classe :

1. Autorise le Proviseur du Lycée Professionnel Galliéni ou son Représentant à faire pratiquer les examens de santé et de vaccinations réglementaires par le Service Médical du Lycée.
2. M'engage à venir prendre en charge mon enfant en cas de problème de santé signalé par l'établissement.
3. Autorise le Proviseur du Lycée Professionnel Galliéni ou son représentant à prendre toute mesure d'hospitalisation jugée nécessaire en cas de maladie ou d'accident ; les parents étant avisés dans les meilleurs délais. (1)
4. Accepte, en cas d'hospitalisation, que mon enfant soit dirigé vers le Centre Hospitalier Intercommunal de FREJUS.
5. M'engage à régler les frais entraînés par cette hospitalisation chaque fois qu'il ne s'agira pas d'un accident du travail dûment constaté.

A Fréjus le : Signature

(1) Pour information, concernant les élèves mineurs, seul le chirurgien est autorisé à décider d'une anesthésie, d'une intervention chirurgicale en cas d'urgence et en l'absence des représentants légaux. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

