

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

**La présente fiche médicale doit être remplie très scrupuleusement : si une information n'y figurait pas et que cela porte préjudice à l'enfant, la responsabilité de la famille serait engagée.
Cette fiche confidentielle est à utilisation du secrétariat de l'établissement.**

ELEVE

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Adresse du domicile habituel :
Tél domicile :/...../...../...../..... Portable Père :/...../...../...../..... Portable Mère :/...../...../...../.....

EN CAS D'URGENCE, PERSONNE A PREVENIR IMMEDIATEMENT (Numéroter par priorité)

N°.... PERE Nom et Prénom :
Adresse professionnelle :
Tél Professionnel :/...../...../...../.....

N° MERE Nom et Prénom :
Adresse professionnelle :
Tél Professionnel :/...../...../...../.....

N° ... AUTRE Nom et Prénom :
Adresse du Domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....
Adresse professionnelle :
Tel Professionnel :/...../...../...../..... Lien de parenté :

Nom du médecin traitant Téléphone :/...../...../...../.....

Je soussigné(e), père - mère -tuteur de l'élève désigné(e) ci-dessus,

↳ **Autorise** le Chef d'Etablissement ou tout autre personne qu'il aura mandatée à faire donner à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état,

↳ **Déclare donner mon accord** à toute mesure de transport, d'hospitalisation et à toute décision d'intervention chirurgicale urgente qui pourrait être prescrites par les autorités médicales durant le séjour de mon enfant au Collège-Lycée Immaculée Conception d'Espalion.

Etablissement de soins souhaité : Centre Hospitalier de Rodez

Date :

Remarques qui pourraient être utile au médecin des urgences :

.....
Allergie à l'aspirine : OUI NON
Autre(s) allergie(s) connu (s) :
Autre(s) antécédent(s) de santé :
Traitement(s) en cours de longue durée :
Groupe sanguin : A B O AB Rhésus : + -

