

**Veillez cocher la case correspondant au régime de votre enfant :**

Interne

Demi-pensionnaire

Externe

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Né(e) le :** ..... **Classe :** .....

NOM et Adresse des parents ou du représentant légal :  
.....

N° de Sécurité sociale parents: .../.../.../.../.../.../... Adresse du centre :  
.....

N° de Sécurité sociale élève : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Mutuelle (Cie et n°) :  
.....

Tél. de l'élève : ..... **(renseignements grisés = ne concernent que le lycée)**

**Responsable légal 1** (NOM, Prénom) : ..... Tél.: ..... Tél.: .....

**Responsable légal 2** (NOM, Prénom) : ..... Tél.: ..... Tél.: .....

**Autre personne pouvant être prévenue** : ..... Tél.: .....

**Médecin traitant** : NOM, adresse : ..... Tél.: .....

**Hébergement particulier :** garde alternée  ..... famille d'accueil ..... foyer ..... autre .....



### AUTORISATION DE DONNER DES MEDICAMENTS

*La législation scolaire concernant les soins à apporter à un élève nous impose de n'administrer aucun médicament lorsqu'il n'y a pas d'infirmière scolaire (cas du collège). Toutefois, une liste de médicaments de base est susceptible d'être utilisée moyennant votre autorisation et sous couvert d'une autorisation du SAMU, en cas d'urgence.*

**Cocher** les médicaments pouvant être administrés à l'élève.  
Cette feuille doit être **obligatoirement signée**, sinon nous ne pourrions donner **aucun** médicament à votre enfant.

- |  |  |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> <b>Doliprane 500 mg</b> Douleur – Fièvre</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Smecta</b> Diarrhées</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Spasfon</b> Maux de ventre</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vogalib</b> Nausées</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sérum physiologique</b> Irritations oculaires</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hextril</b> Bain de bouche</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Dakin / Biseptine</b> Antiseptique</p> | <p><input type="checkbox"/> <b>Euphytose</b> Angoisse, stress</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Strepsil pastilles</b> Maux de gorge</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hémoclar / Arnican 4%</b> Contusion</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Arnica granules</b> Contusion</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Biafine pommade</b> Plaie non infecté</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Calmaderm</b> Piqûres insectes</p> |
|--|--|

**L'enfant :**

NOM : ..... Prénom : .....

Classe : ..... **peut recevoir les éléments cochés.**

**Signature du (des) responsable(s) légal (légaux) :**

## ACCIDENT

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. S'il y a urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. **L'élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Pour les élèves du Lycée Professionnel tout accident sur temps scolaire est déclaré en accident de travail après en avoir informé l'Accueil du Lycée.

### **AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE**

Nous soussignés, M. et/ou Mme ..... autorisons les enseignants ou le personnel de l'établissement, à prendre toutes les dispositions en cas d'accident ou de maladie.

A .....

Date .....

Signature(s)

### **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous soussignés, M. et/ou Mme ..... 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.

A .....

Date .....

Signature(s)

## PRECISIONS MEDICALES

### **Votre enfant :**

Date dernier rappel du vaccin antitétanique : ..... (pour être efficace : rappel tous les 5 ans)

Porte-t-il des lunettes ou verres de contact ?  OUI  NON Si oui, préciser.....

A-t-il des difficultés d'audition ?  OUI  NON

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

En cas de traitement, sur le temps scolaire, il est **OBLIGATOIRE** de confier à la vie scolaire de l'établissement les médicaments avec l'ordonnance (ou la copie).

**Joindre la photocopie du carnet de vaccinations de l'élève**

(DT Polio, BCG, etc...)



- Le vaccin contre l'Hépatite B est obligatoire pour les élèves de Bac Pro ASSP.

- Date du dernier rappel DTP : .....

\* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire rattaché à l'établissement