



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

À remettre sous pli cacheté

Année scolaire : 202 .. - 202..

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom : Prénom :

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

Classe :

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien avec l'élève :	Lien avec l'élève :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Adresse e-mail :	Adresse e-mail :

MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin : Tél :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies connues	Pathologies ou troubles particuliers
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Alimentaires :	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Médicamenteuses :	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques
	<input type="checkbox"/> Handicap / PAI / PPS
	<input type="checkbox"/> Troubles des apprentissages
	<input type="checkbox"/> Autres :

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légal de l'élève, autorise l'établissement scolaire à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, y compris l'appel aux services de secours et, si besoin, l'hospitalisation.

Nom du responsable légal : Signature :

Fait à : Le :/...../.....

Conformément aux règles relatives au secret médical et à la protection des données personnelles, cette fiche est strictement confidentielle et destinée exclusivement au service de santé scolaire.