

AUTORISATION MEDICALE ANNEE 2018/2019 *A rapporter le jour de la rentrée*

NOM – Prénom de l'élève :
classe de date de naissance.....

Adresse.....

Téléphone Maison.....

Téléphone portable : Père : Mère :

Téléphone Travail : PERE..... MERE.....

Nom et Numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

Numéro et adresse du Centre de Sécurité Social

Numéro et adresse de l'assurance scolaire :

Je soussigné(e), (Nom - prénom).....

père, mère tuteur, de l'élève ci-dessus

Autorise le chef d'établissement à faire procéder immédiatement, en cas d'urgence, aux interventions médicales ou chirurgicales nécessaires dans le cadre d'activités pédagogiques, sorties scolaires et/ou sportives organisées pendant les horaires scolaires.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame 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.

HOPITAL OU FAIRE TRANSPORTER L'ELEVE SI BESOIN et TELEPHONE :

Nom, Adresse et téléphone du médecin de famille à contacter éventuellement :

Date des derniers vaccins : (D.T.C.P....)

Problème médical à signaler : (ex allergies - problèmes de santé – etc.)

Problème pédagogique : dyslexie dyscalculie dysorthographe dyspraxie Autre :

Nom et adresse de l'orthophoniste, de l'ergothérapeute ou du thérapeute :

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