

ETUDIANT(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe 2023/2024 :

AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL ET D'INTERVENTION

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur légal ⁽¹⁾ de l'étudiant(e), scolarisé(e) au lycée Bahuet, autorise l'administration du lycée à faire dispenser les soins reconnus nécessaires, à prendre le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou une hospitalisation.

☞ Je souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit admis ⁽²⁾:

- au Centre Hospitalier de Brive la Gaillarde,
- à la Clinique Saint-Germain,
- à la Clinique des Cèdres.

☞ Je laisse l'administration **libre** de choisir le lieu d'hospitalisation.

Fait à, le
Signature des représentants légaux :

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Adresse de la famille *(tout changement en cours d'année doit impérativement être signalé)* :


..... 

Lieu de travail du père :



Lieu de travail de la mère :



Numéros de téléphone où l'on peut vous joindre en cas d'urgence : 



Voisin : Monsieur ou Madame :



Membre de la famille :



Nom du médecin de famille : Docteur



Allergies éventuelles aux médicaments⁽³⁾ :

Traitement médical suivi⁽³⁾ :

⁽¹⁾ rayer la mention inutile

⁽²⁾ cocher la case correspondante

⁽³⁾ certificat à fournir dès la rentrée

☞ Document à compléter et à remettre impérativement avec la confirmation d'inscription.

NOTE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS

Dans l'intérêt de l'étudiant(e), ce questionnaire doit être rempli aussi soigneusement que possible.

Changements intervenus récemment dans la famille :

Etablissement scolaire où l'étudiant(e) a passé la dernière visite médicale :

Adresse :

Année 20..... - 20..... en classe de :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ETUDIANT(E)

① Vaccinations :

Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé ou à défaut, un certificat médical daté de moins de 3 mois.

② Antécédents :

- accidents :

- opérations :

- infections chroniques :

- allergies :

③ Est-il/elle porteur d'un Handicap^{(1) (3)} :

- visuel : OD - OG

- auditif : OD - OG

- moteur (si oui, lequel ?) :

④ Affection dont l'Etudiant(e) est atteint(e)^{(1) (3)} :

hémophilie - diabète - épilepsie - asthme - spasmophilie - troubles du comportement (nervosité, apathie)

- maladie cardiaque :

- maladie rénale :

- maladie pulmonaire :

- maladie digestive :

⑤ Suit-il/elle un traitement^{(1) (3)} : OUI - NON

- et si oui, lequel :

⑥ Suit-il/elle une consultation spécialisée^{(1) (3)} : OUI - NON

- et si oui, laquelle :

⑦ Est-il/elle dispensé(e) d'Education Physique à l'année^{(1) (3)} : OUI - NON

⁽¹⁾ cochez la case correspondante

⁽³⁾ certificat à fournir dès la rentrée

Fait à, le

Signature des représentants légaux :