

ELEVE

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'enfant, scolarisé 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⁽¹⁾.

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 le dossier d'inscription.**

NOTE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS

Dans l'intérêt de l'élève, ce questionnaire doit être rempli aussi soigneusement que possible.

Changements intervenus récemment dans la famille :

Etablissement scolaire où l'élève a passé la dernière visite médicale :

Adresse :

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ELEVE

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 L'élève est-il porteur d'un Handicap⁽¹⁾ :

- visuel : OD - OG - auditif : OD - OG

- moteur (si oui, lequel ?) :

④ Affection dont l'élève est atteint⁽¹⁾ :

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

- maladie cardiaque :

- maladie rénale :

- maladie pulmonaire :

- maladie digestive :

⑤ L'élève suit-il un traitement⁽¹⁾ (3) : OUI - NON

- Si oui, lequel :

⑥ L'élève suit-il une consultation spécialisée⁽¹⁾ (3) : OUI - NON

- Si oui, laquelle :

⑦ L'élève est-il dispensé d'Education Physique à l'année⁽¹⁾ et (3) : OUI - NON

⁽¹⁾ rayer la mention inutile

⁽³⁾ certificat à fournir dès la rentrée

Fait à, le

Signature des représentants légaux :