

**ELEVE**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance ..... Classe 2024-2025 : .....

**AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL ET D'INTERVENTION**

Je soussigné(e) .....père, mère, tuteur légal <sup>(1)</sup> 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 <sup>(2)</sup>:

- 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<sup>(1)</sup>.

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<sup>(3)</sup> : .....  
.....  
Traitement médical suivi<sup>(3)</sup> : .....

<sup>(1)</sup> rayer la mention inutile  
<sup>(2)</sup> cocher la case correspondante  
<sup>(3)</sup> 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<sup>(1)</sup> :

- visuel :  OD -  OG

- auditif :  OD -  OG

- moteur (si oui, lequel ?) : .....

### ④ Affection dont l'élève est atteint<sup>(1)</sup> :

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<sup>(1)</sup> <sup>(3)</sup> : OUI - NON

- Si oui, lequel : .....

### ⑥ L'élève suit-il une consultation spécialisée<sup>(1)</sup> <sup>(3)</sup> : OUI - NON

- Si oui, laquelle : .....

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

<sup>(1)</sup> rayer la mention inutile

<sup>(3)</sup> certificat à fournir dès la rentrée

Fait à ....., le .....

Signature des représentants légaux :

