

**ETUDIANT(E)**

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'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 <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.

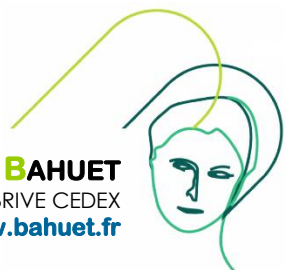
Fait à ....., le .....  
Signature des représentants légaux :

**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> : .....

(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<sup>(1) (3)</sup> :

- visuel :  OD -  OG

- auditif :  OD -  OG

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

#### ④ Affection dont l'Etudiant(e) est atteint(e)<sup>(1) (3)</sup> :

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

- maladie cardiaque : .....

- maladie rénale : .....

- maladie pulmonaire : .....

- maladie digestive : .....

#### ⑤ Suit-il/elle un traitement<sup>(1) (3)</sup> : OUI - NON

- et si oui, lequel : .....

#### ⑥ Suit-il/elle une consultation spécialisée<sup>(1) (3)</sup> : OUI - NON

- et si oui, laquelle : .....

#### ⑦ Est-il/elle dispensé(e) d'Education Physique à l'année<sup>(1) (3)</sup> : OUI - NON

<sup>(1)</sup> cochez la case correspondante

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

Fait à ....., le .....

Signature des représentants légaux :

