



## FICHE MEDICALE - Année scolaire 2023-2024

### IDENTITÉ :

NOM de l'élève \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS :

Dernier rappel DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) /date : \_\_\_\_\_

Vaccins ROR (2 doses conseillées) / date : \_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur, l'authenticité des déclarations complétées ci-dessus.

### EN CAS D'ACCIDENT

L'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci d'indiquer par ordre de préférence les numéros de téléphone à appeler :

**Responsable légal 1 :** \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_ Tél travail : \_\_\_\_\_

**Responsable légal 2 :** \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_ Tél travail : \_\_\_\_\_

**Si vous n'êtes pas joignable, indiquer le Nom et N° de téléphone d'une personne disponible :**

Je soussigné, Responsable Légal (père, mère ou tuteur) de l'enfant, autorise en cas d'urgence la Direction du Collège à prendre toutes dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements urgents (médicaux ou chirurgicaux) en cas d'impossibilité de joindre la famille dans les délais nécessaires. Je m'engage à payer les soins médicaux ou pharmaceutiques dans les conditions réglementaires de l'Education Nationale.

**EN CAS D'URGENCE, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital s'il n'est pas accompagné d'un représentant légal.**

### DIVERS

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement dans les domaines suivants (allergies, traitements en cours, maladies...) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'autorise l'Etablissement à donner à mon enfant, en cas de douleur, un médicament à base de paracétamol.

*Toute prise de médicament au sein de l'Etablissement est interdite. Si prescription, veuillez déposer les traitements, et l'ordonnance, à l'accueil du collège. La prise de médicament s'effectuera à l'infirmerie.*

### MEDECIN TRAITANT

NOM ADRESSE ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ , Le \_\_\_\_\_

SIGNATURE obligatoire DU RESPONSABLE LEGAL :