**A REMETTRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL A LA RENTREE**

**ANNEE SCOLAIRE : 20….. / 20…..**

**Classe :………………………………**

**Nom de l’élève :……………………………………………….**

**Prénom de l’élève :………………………………………….**

**Date de naissance :……. / ……. /…….**

**Sexe :  M  F**

**Nom des Parents :**

**Père…………………………………………………………………..**

**Adresse :**

**Tél  domicile :………………………………**

**Portable :………………………….**

**Mère…………………………………………………………………**

**Adresse :**

**Tél  domicile :………………………………**

**Portable :………………………….**

**Tél Trav. Pére :……………………………………..**

**Tél Trav. Mére :…………………………………….**

**Eventuellement autre(s) personne(s) à contacter :**

**………………………………………………Tél………………………**

**………………………………………………Tél………………………**

**N° de sécurité sociale du responsable légal :**

**(joindre obligatoirement la photocopie de la carte vitale)**

**…………………………………………………………………………..**

**Adresse du Centre de Sécurité Sociale**

**…………………………………………………………………………..**

**Nom et numéro de Mutuelle (responsable légal)**

**(joindre obligatoirement la photocopie de l’attestation de mutuelle)**

**………………………………………………………………………….**

***Remarque : Toute fiche incomplète dégage de la responsabilité de l’établissement***

**INDICATIONS PARTICULIERES RELATIVES A LA SANTE DES ELEVES**

**Médecin traitant :……………………………………………..**

**Adresse :…………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………**

**Tél :…………………………………………………………………..**

**ALLERGIES (si oui préciser):**

**Aux médicaments OUI – NON…………………………..**

**Aux aliments OUI – NON…………………………..**

**Autres OUI – NON…………………………..**

**INTERVENTIONS CHIRURGICALES RECENTES**

**…………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………..**

**TRAITEMENTS EN COURS**

**…………………………………………………………………………..**

**MALADIES (rayer les mentions inutiles)**

**Asthmatique OUI – NON**

**Diabétique OUI – NON**

**Epileptique OUI - NON**

**Spasmophile OUI – NON**

**Autres OUI – NON……………………………………**

**VACCINATION ANTITETANIQUE**

**Date du dernier rappel du vaccin :……………………..**

**VACCINATION**

**BCG :**

**Date :……………………**

**Résultat : Positif  Négatif **

**Date du dernier rappel :…………………………………….**

**DT POLIO :………………………………..**

**HEPATHITE B : …………………………..**

**LES FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES SONT A LA CHARGE DES PARENTS**

***Dans le cas de maladie ou de malaise nécessitant un traitement spécifique d’urgence, nous fournir une ordonnance du médecin ainsi que les médicaments à utiliser.***

**AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX**

**SORTIES DE CLASSE**

**Je soussigné (e) :……………………………………………….**

**Agissant en qualité de :…………………………………….**

**Autorise l’élève :**

**Nom : ………………………………………………………………**

**Prénom :…………………………………………………………..**

**Classe : …………………………**

**A participer aux sorties de classes de l’année 20….. / 20…..**

**En cas d’accident grave, j’autorise le transport de mon enfant à la clinique ou l’hôpital**

**le plus proche.**

**AUTORISATION D’INTERVENTION CHIRURGICALE**

**Nous soussigné (e), Monsieur et / ou Madame**

**……………………………………………………………………………**

**Autorisons l’anesthésie de notre fils / fille**

**……………………………………………………………………………**

**Au cas où, victime d’un accident ou d’une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle aurait à subir une intervention chirurgicale.**

**GROUPE SANGUIN :…………… Rhésus :……………**

**Autres renseignements :**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**AUTORISATION DE SOINS PAR LES**

**HOPITAUX DE LANNEMEZAN**

**Je soussigné (e), M. ou Mme ………………………………**

**Agissant en qualité de :…………………………………….**

**Autorise les médecins des Hôpitaux de Lannemezan à pratiquer ou à faire pratiquer à qui de droit, tout traitement, y compris les interventions chirurgicales sous anesthésie générale, jugés nécessaires à l’amélioration de l’état de santé de l’élève mineur lors de son hospitalisation.**

**Pour tout le document :**

**Fait à ……………………………………………………**

**Le …………………………………………………………**

**Signature (s)**