



NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM: \_\_\_\_\_

CLASSE : \_\_\_\_\_

## FICHE MEDICALE 2018-2019

1. Maladie ou allergie, remarques particulières sur l'état de santé de votre enfant :

.....  
.....

2. Traitement suivi par votre enfant (joindre obligatoirement une copie de l'ordonnance médicale) :

.....  
.....

3. Attitude particulière à avoir : .....

4. Nom du médecin traitant : .....

5. Numéro de téléphone : .....

6. Clinique ou Hôpital souhaité(e) : .....

7. Votre enfant souffre-t-il de troubles de l'apprentissage (de type « Dys »)

Oui  Non

Si oui, lequel :  Dyslexie  Dyspraxie  Dysorthographe  Dyscalculie

Autre : .....

8. Votre enfant souffre-t-il d'un handicap ? Non  Oui

Si oui, a-t-il une prise en charge particulière ? Non  Oui \*

**\*Joindre OBLIGATOIREMENT une copie de la notification ou dossier MDPH**

Si oui, merci de préciser le type de prise en charge :

P.A.P. (joindre la copie)  P.P.S. (joindre la copie)  Autre : .....

Si une personne référente ?  Oui  Non

Coordonnées de la personne : .....

Numéro de téléphone : .....

Date : ...../...../2018

Signature des parents :

## FICHE D'URGENCE

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

CLASSE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....  
.....

Numéro de Sécurité Sociale obligatoire du jeune (ce numéro est attribué dès l'âge de 16 ans) :

.....

Sinon numéro de Sécurité Sociale du parent qui assure l'enfant :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable Père : .....

Téléphone portable Mère : .....

Téléphone du travail du Père : .....

Téléphone du travail de la Mère : .....

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

**Si nécessaire, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Nous avertirons la famille immédiatement. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Date : ...../...../2018

Signature des parents ou du responsable légal :