

FICHE INFIRMERIE

NOM et Prénom de l'élève : Classe :
Né(e) le :

Régime : Interne – Demi-pensionnaire – Externe – Pique-nique (1)

Je soussigné(e),

.....
demeurant à (Adresse Complète)

.....
Tel domicile : Tel travail :

père - mère - tuteur (1) de l'élève (Nom et Prénom) :

.....
■ Autorise l'administration de l'Etablissement à prendre le cas échéant, toutes mesures utiles pour une
OPERATION CHIRURGICALE D'URGENCE ou pour une HOSPITALISATION de mon fils - ma
fille (1).

.....
.....
.....
A le
Signature du Responsable Légal :

1 Barrer la mention inutile.

RENSEIGNEMENTS :

Groupe sanguin (si possible) :

Nom et adresse du médecin traitant :

ALLERGIES :

Médicamenteuses :

.....
Autres (asthme, etc.) :

VACCINATIONS :

Joindre une photocopie du carnet de vaccinations ou une attestation du médecin. La mise à jour du
rappel DT POLIO de moins de 5ans est **obligatoire**.

DISPENSE D'EPS :

L'élève a-t-il pratiqué régulièrement l'Education Physique avant son entrée dans l'établissement ?

OUI

NON

.....
En cas de dispense d'EPS joindre un certificat médical du médecin expliquant la nature de la dispense.

LEAP SAINTE CROIX - CAMBRAI