

FICHE DE SANTE INTERNAT (document à nous retourner)

ELEVE - ETUDIANT

NOM _____	PRENOM _____
Féminin _____ Masculin _____	Né(e) le : _____
Classe : _____	Port. élève _____
N° de sécurité sociale de l'élève : _____	
<i>(Merci de fournir l'attestation de droits à l'assurance maladie)</i>	

RESPONSABLE LEGAL

NOM et PRENOM _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
Tél. Domicile : _____	Port. Père : _____
Tél. Travail : _____	Port. Mère : _____
Nom du médecin de famille : _____	
Téléphone : _____	
<u>En cas d'absence des parents, personne à prévenir :</u>	
NOM et PRENOM _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
Tél. Domicile : _____	Portable : _____

Informations complémentaires concernant la santé de votre enfant :

Notez que nous donnons des médicaments en cas d'état fébrile ou de maux bénins. Si votre enfant est allergique à certains médicaments, merci de nous en avertir :

Ibuprofène Paracétamol Spasfon Niflugel Smecta Autre _____

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

En cas d'urgence, j'autorise la Direction du lycée à prendre les décisions nécessaires à la prise en charge médicale de mon enfant.

Date : ____/____/____

Signature des parents ou du représentant légal