

SAINT JOSEPH TIMON-DAVID FICHE MEDICALE

NOM et Prénom : Classe :

Date de naissance : / /

NUMÉRO DE L'ASSURANCE SCOLAIRE :

ADRESSE DE L'ASSURANCE SCOLAIRE :

Code postal : Ville :

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

☎ Portable :/...../...../...../..... ☎ Bureau :/...../...../...../.....

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

☎ Portable :/...../...../...../..... ☎ Bureau :/...../...../...../.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Dans cette optique, il est important que vous puissiez nous communiquer tout changement de coordonnées téléphoniques, par l'intermédiaire du secrétariat de direction.

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 qu'accompagné de sa famille.

SITUATION MEDICALE

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, etc.)*

Souhaitez-vous la mise en place d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individuel)? oui non

Précisez le problème médical de votre enfant (allergies, asthme, diabète, épilepsie, etc.)

Si un PAI est déjà en place, vous devez nous joindre une copie.

NOM DU MÉDECIN TRAITANT:.....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT:/...../...../...../.....