

Nom et Prénom de l'élève : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

..... N° tél. : .....

Groupe sanguin : .....

## **Nous vous signalons AUCUN MÉDICAMENT ne peut être donné aux enfants dans le cadre d'un établissement scolaire.**

Les enfants devant absolument prendre un traitement médical pendant les heures d'école devront faire l'objet d'un projet d'accueil individualisé : contrat signé entre le médecin scolaire, l'école et les parents.

L'élève présente-t-il des problèmes particuliers de santé? Joindre impérativement un certificat médical (allergies, précautions particulières à prendre) .....

.....  
.....  
.....

**NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE :** .....

**TÉL. :** .....

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL**

Nom prénom ..... père, mère, tuteur légal

Adresse .....

N° de téléphone du domicile : .....

N° du travail mère : ..... du père : .....

N° de portable mère : ..... du père : .....

### **Autres Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

NOM	Prénom	Lien avec l'élève	Tél.
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....

**EN CAS D'URGENCE**, je donne l'autorisation aux accompagnateurs pour décider de tout traitement recommandé par le personnel médical, transport et admission dans un hôpital, y compris une intervention chirurgicale si c'est une nécessité immédiate pour l'enfant. **Date** ..... **Signature du responsable légal**

Nous insistons sur le fait que cette autorisation ne sera utilisée qu'en cas d'urgence. Dans tout autre cas, l'équipe d'encadrement s'efforcera de vous contacter en priorité.

Si vous jugez utile de porter à notre connaissance d'autres informations nécessaires à la surveillance de votre enfant, veuillez les inscrire au dos de cette fiche.

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence. Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...).

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

**A** ....., **le** ..... **Signature des parents**