

**Elève** : ..... **Né(e) le** : .....  
**Adresse** : .....  
**Classe** : .....

**À prévenir en cas de besoin :**  
**Responsable légal 1** : ..... **Responsable légal 2** : .....  
 Portable : ..... Portable : .....

**En cas d'urgence, l'élève 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.**

NOM et adresse du médecin traitant :  
 .....  
 N° de téléphone : .....

**AUCUN MEDICAMENT NE SERA DELIVRE SANS ORDONNANCE MEDICALE**

**Indications concernant l'état de santé de votre enfant**

- Lunettes OUI  NON
  - Lentilles OUI  NON
  - Appareil auditif OUI  NON
  - Dyslexie (confirmé par un bilan orthophoniste) : OUI  NON
  - Spasmophilie OUI  NON
  - Autre (préciser) OUI  NON
- Consultation spécialisée OUI  NON
- Si OUI préciser : (Psychologue, orthophoniste, Kiné).....

**ALLERGIES :**

Intolérance à certains médicaments :  
 .....  
 Régime : (détailler et fournir obligatoirement un Certificat médical).....  
 Allergie alimentaire (joindre le PAI) .....  
 .....  
 Autres allergies :  
 .....  
 Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants : OUI  NON



✉ Quartier Fontanilles - 48000 Mende  
 ☎ Tél. : 04 66 49 14 57 - Fax : 04 66 65 18 00  
 ✉ secretariat@notredamemende.fr

5 rue des Ecoles - 48000 Mende  
 Tél. : 04 66 65 02 72 - Fax : 04 66 49 03 14  
 college.stprivat@wanadoo.fr



**EPS** : votre enfant est-il apte à participer à l'éducation physique et sportive ?

OUI  NON  ..... si NON fournir un certificat médical

**Maladie(s) à signaler et traitement particulier (joindre l'ordonnance) :**

.....  
.....

**Asthme** : OUI – NON / si OUI :

Quel traitement ?

.....

En cas d'Asthme, l'élève pourra conserver son traitement avec lui (une copie de l'ordonnance ou du certificat médical doit être déposé à la vie scolaire).

Éléments relatifs au parcours de scolarisation :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> P.P.R.E. (année : ) | <input type="checkbox"/> M.D.P.H (année : ) |
| <input type="checkbox"/> P.A.P. (année : )   |   |
| <input type="checkbox"/> P.P.S. (année : )   | <input type="checkbox"/> P.A.I. (année : )  |

**TRES IMPORTANT**

**Dans les cas de troubles de la santé, évoluant sur une longue période (diabète, épilepsie, grave allergie ...) la famille est invitée à prendre contact avec l'établissement afin de prendre en compte la situation médicale de l'enfant (traitement ou soins particuliers, besoins spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence ...) en collaboration avec le médecin scolaire, dans le respect de la confidentialité (BOEN n° 34 du 18.09.2003).**





**AUTORISATION  
D'HOSPITALISATION**

Je soussigné (1) ..... AUTORISE Monsieur le Directeur à prendre toute mesure d'urgence concernant une éventuelle hospitalisation et intervention chirurgicale avec anesthésie générale pour mon enfant..

Signature du responsable légal 1 et du responsable légal 2

(pour élèves mineurs)

Signature de l'Élève

Faire précéder de la mention manuscrite

«LU ET APPROUVE»

Faire précéder de la mention manuscrite

«LU ET APPROUVE»

(1) Nom et Prénom des responsables légaux pour les mineurs.

