

Elève : **Né(e) le :** **Classe :**

Régime : Interne Demi-pensionnaire Externe

À prévenir en cas de besoin :

RESPONSABLE LEGAL 1 **PORTABLE :**

RESPONSABLE LEGAL 2..... **PORTABLE :**

Autre (préciser) **PORTABLE :**

N° de sécurité sociale des parents :

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 :

Il est rappelé que les frais médicaux sont à la charge des familles.

L'établissement s'engage à avancer les frais si besoin (pharmacie / consultation).

Indications concernant l'état de santé de votre enfant

- | | | |
|----------------|-----|-----|
| • Epilepsie | OUI | NON |
| • Diabète | OUI | NON |
| • Spasmophilie | OUI | NON |
| • autre..... | | |

Consultation spécialisée OUI NON

Si OUI préciser : (Psychologue, orthophoniste, kiné).....

ALLERGIES :

Intolérance à certains médicaments :

Allergie alimentaire (joindre le PAI)

Autres allergies :



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

1 rue du Faubourg St Gervais - 48000 Mende
Tél. : 04 66 65 02 72 - Fax : 04 66 49 03 14
secretariat@saintprivatmende.fr

Écoles, Collège et Lycée privés catholiques sous contrat d'association avec l'État

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).

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

.....
.....

Opérations chirurgicales récentes ? Non Oui Si oui, lesquelles ?.....

AUCUN MEDICAMENT NE SERA DELIVRE SANS ORDONNANCE MEDICALE

Trouble des apprentissages ? Si votre enfant présente une déficience (auditive, visuelle,...) une difficulté (dyslexie...) ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période, veuillez préciser le type de handicap, le traitement suivi et/ou les aménagements sollicités.

Dyslexie **Dysorthographe** **Dyscalculie** **Dyspraxie**

- | | | | |
|---|--|--|------------------------------|
| ✓ | Projet d'Accueil Individualisé (PAI) | OUI <input type="checkbox"/> (joindre photocopie) | NON <input type="checkbox"/> |
| ✓ | Projet d'Accueil Personnalisé (PAP) | OUI <input type="checkbox"/> (joindre photocopie du dernier GEVASCO) | NON <input type="checkbox"/> |
| ✓ | Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) | OUI <input type="checkbox"/> (joindre photocopie) | NON <input type="checkbox"/> |
| ✓ | Aménagement d'épreuves d'examen | OUI <input type="checkbox"/> (joindre photocopie) | NON <input type="checkbox"/> |

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'intervention d'urgence :

Je soussigné(e)agissant en qualité de père, mère, tuteur, tutrice (rayer les mentions inutiles) de l'élèveautorise l'établissement à prendre, en cas d'accident ou d'affection à évolution rapide, toutes mesures d'urgence, tant chirurgicales que médicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.

À....., le.....

Signature : NOM + PRENOM