



COLLÈGE PRIVÉ CATHOLIQUE
MAINTENON

117, avenue Victor Dalbiez

66000 Perpignan

☎ 04.68.51.35.16

☎ 04.68.34.41.28

✉ cours-maintenon66@wanadoo.fr

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
MEDICAUX ET AUTORISATIONS**

Nom de l'enfant	Prénom	Né(e) le	Classe
		/ /	

Nom et prénom du responsable légal : _____

Adresse : _____

☎ domicile _____ ☎ portable _____ ☎ lieu de travail _____

Personne à contacter en cas d'absence : _____

☎ domicile _____ ☎ portable _____ ☎ lieu de travail _____

Nom du médecin traitant : _____ ☎ _____

Adresse : _____

ALLERGIES	Médicament(s) :	Alimentation :	Autre :

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ? (asthme* par exemple)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI : _____
Dans ce cas, a-t-il un traitement à prendre <u>sur le temps scolaire</u> ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI (*) : _____ _____

(*) fournir une copie de l'ordonnance médicale en cours de validité.

En cas de crise aiguë, veuillez nous indiquer par une copie de l'ordonnance le traitement à administrer.

Veuillez cocher la (les) maladie(s) que votre enfant a déjà contractée(s) :

varicelle rougeole coqueluche oreillons rubéole otites

variole scarlatine diphtérie autres : _____

Fournir une copie de la page des vaccins du carnet de santé.

Indiquer ici d'autres problèmes de santé : _____

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'école ou de l'établissement, veuillez demander une fiche de renseignements médicaux confidentiels.

→ Vous trouverez au dos de ce document les procédures d'urgence et les autorisations à compléter. ↗

- **En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou de son représentant légal.**

 - **En cas de problème moins grave, si l'on ne peut vous joindre ou si vous ne pouvez venir, vers quelle clinique désirez-vous qu'il soit transporté ?**
-

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) _____

Responsable de l'enfant sus nommé(e)

- Autorise... l'Etablissement Privé Catholique MAINTENON à demander le transfert du dossier
 N'autorise pas... médical de mon enfant, auprès de son Etablissement d'origine.

- Autorise... l'Etablissement à prendre en cas d'urgence, toutes les décisions pour soigner mon
 N'autorise pas... enfant dans les meilleures conditions jugées nécessaires en cas d'impossibilité de
me joindre.

- Autorise... l'Etablissement, à lui administrer, s'il y a lieu, un traitement de longue durée ou
 N'autorise pas... occasionnel.

- Autorise... l'Etablissement, en cas de douleur légère (maux de tête, maux de ventre), à lui
 N'autorise pas... administrer un médicament pour le/ la soulager tel que : Doliprane, Spasfon,
homéopathie...

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

Fait à _____ , le _____

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant,