



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Année scolaire 2024 – 2025

NOM : Prénom :

Date de naissance : Classe :

N° de S. Sociale du responsable légal : N° de S. Sociale du conjoint :

Adresse et numéro du Centre de Sécurité Sociale :

.....
.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....
.....

Recommandations et observations particulières à connaître (antécédents médicaux et / ou chirurgicaux)

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

Allergies :

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

Suivis éventuels et fréquence (orthophonie, psychologue, pédopsychiatre, ergothérapeute...)

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

Traitement régulier, maladie chronique

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

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e)
responsable principal(e) et légal(e) de l'élève
autorise (nt) le chef d'établissement (ou ses représentants) à prendre les dispositions nécessaires pour garantir les
soins médicaux à apporter à mon enfant et même dans les cas où une intervention chirurgicale urgente serait
indispensable, à la clinique ou à l'hôpital de son choix.

Date :

Signature(s) du (des) responsable (s) légal (aux)