

SERVICE MEDICAL

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

M. /Mme Tél. portable :

Adresse.....

Tél. domicile : Tél. travail :.....

Adresse e-mail :

Parent - Tuteur légal – Responsable – Autre :.....(rayer les mentions inutiles)

De : Formation :.....

En cas d'impossibilité à joindre la personne citée ci-dessus, nom et numéro de téléphone d'une autre personne susceptible d'être prévenue :

M. Mme : Lien de parenté :

Tél. domicile :..... Tél. travail : Tél. portable :

Il est rappelé aux familles :

En cas d'urgence, un élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (pompiers, SAMU) 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.

Médecin traitant : Dr..... A Tél. :

En cas d'urgence, j'autorise la direction à prendre toutes dispositions nécessaires, y compris l'hospitalisation :

OUI - NON (rayer la mention inutile)

Si non restrictions éventuelles :

Lu et approuvé, donne son accord
Date et signature

MALADIES CHRONIQUE:

ALLERGIES :

CONTRE-INDICATIONS :

RECONNAISSANCE HANDICAP : OUI - NON (rayer la mention inutile)