FICHE SANITAIRE

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MEDICALE ET/OU CHIRURGICALE.

Je, soussigné(e) ....., père O mère O tuteur O famille d'accueil O, agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :
Nom et prénom de l'enfant : .....
Date de naissance : .....
Numéro de sécurité sociale qui couvre l'enfant : .....
Nom du cotisant : .....

Nom et adresse de la mutuelle ou de la compagnie privée : .....
.....
Nom du sociétaire : .....
Numéro du sociétaire : .....

AUTORISE N'AUTORISE PAS

- Le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostique et toute intervention médicale et chirurgicale, y compris avec phase d'anesthésie réanimation que nécessiterait l'état de santé de l'enfant nommé ci-dessus.
- Si l'état de santé de l'enfant nommé ci-dessus ne justifie pas le transfert par le SAMU ou les pompiers, j'autorise le transport à mes frais par une ambulance, si je ne peux aller le chercher moi-même.

Fait à ....., le .....
Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Numéros de téléphone des parents :
Père : domicile : ..... travail : .....
portable : .....
Mère : domicile : ..... travail : .....
portable : .....

Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant :

Nom et prénom de la personne	Téléphones

RENSEIGNEMENTS UTILES CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT :

L'enfant a-t-il des troubles alimentaires ou autres ? oui O non O
Si oui, précisez : .....
L'enfant a-t-il des allergies ? oui O non O
Si oui, précisez : .....
L'enfant a-t-il de l'asthme ? oui O non O
L'enfant porte-t-il des lunettes ? oui O non O
Si oui, doit-il les garder pendant la récréation ? oui O non O, pendant le sport ? oui O non O
Si votre enfant a un quelconque problème de santé, veuillez avertir le directeur et l'enseignant(e) de façon à ce qu'un document administratif puisse être réalisé pour la sécurité et le bien-être de l'enfant et la protection de l'enseignant(e).
Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans).
Autres observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, ...) : .....
.....
NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....
.....

Je m'engage à vous signaler tous les changements modifiant les indications mentionnées ci-dessus.