

FICHE MEDICALE

Document confidentiel pour l'Ensemble Scolaire Charles de Foucauld

RAPPEL : Nous ne pouvons donner aucun médicament. Les élèves qui doivent prendre un traitement, qu'il soit exceptionnel ou régulier, doivent apporter leur traitement et le déposer à l'infirmerie avec un **mot des parents ou tuteurs**, donnant toutes les indications nécessaires (horaire et nombre de prises), **ainsi qu'une prescription médicale**

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance : Classe :

Nom du médecin traitant : Tél. :

✚ Situation de handicap, **voir au verso de cet imprimé**

✚ Maladies actuelles et traitement suivi - A préciser si besoin

.....
.....

✚ Allergies éventuelles connues, y compris médicamenteuses (**aucun médicament ne sera délivré à votre enfant sans prescription médicale, ainsi qu'une autorisation écrite des représentants légaux**) :

.....

✚ Date des vaccinations : DTP : BCG :

Copie des pages de vaccination.

✚ Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom..... Tél. En qualité de :

Nom..... Tél. En qualité de :

AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e)..... autorise la Direction de l'Ensemble Scolaire Charles de Foucauld à hospitaliser en cas d'urgence mon enfant :
au Centre Hospitalier de Nancy

Fait à le

En cas de séparation de corps, de divorce, j'atteste au l'autre parent a été consulté et ne formule pas d'opposition.

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

FICHE MEDICALE

Merci de préciser si votre enfant souffre d'un handicap ou d'une pathologie particulière (ex : diabète, narcolepsie, ...), si oui lequel ? :

.....
.....

Bénéficie-t-il d'un PAI (joindre en pièce-jointe) ?

OUI NON

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- *Au service médical de l'établissement,*
- *Aux services médicaux d'urgence,*
- *En tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,*
- *Et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)*

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

A, le

En cas de séparation de corps, de divorce, j'atteste que l'autre parent a été consulté et ne formule pas d'opposition.

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) précédée de la mention "Lu et approuvé"

Nom :

Prénom :

Signature :