

ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

FICHE MEDICALE

Classe : 6ème

5ème

4ème

3ème

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../19.....

Lieu de naissance :

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Père (représentant légal) :

Nom :

Prénom :

GSM :

Tél. domicile :

Tél. bureau :

Mère (représentant légal) :

Nom :

Prénom :

GSM :

Tél. domicile :

Tél. bureau :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Médecin traitant :

Tél : 0262

Antécédents médicaux (Asthme, épilepsie, diabète....) :

.....
.....

→Tournez svp

Allergies :

.....
.....

Antécédents médicaux notoires :

.....
.....

Traitements médicaux devant être pris régulièrement :

.....
.....

AUTORISATION PARENTALE

En cas d'accident ou de maladie grave survenant à mon enfant, **j'autorise le collège à prendre les mesures appropriées, y compris son transfert dans un établissement hospitalier,**

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