

ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

FICHE MÉDICALE

Classe : 6^{ème}

5^{ème}

4^{ème}

3^{ème}

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../20..... Lieu de naissance :

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Père (représentant légal) :

Mère (représentant légal) :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

GSM :

GSM :

Tél. domicile :

Tél. domicile :

Tél. bureau :

Tél. bureau :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Médecin traitant : Tél : 0262/...../...../.....

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

.....
.....

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) :