FICHE INFIRMERIE Collège Victor HUGO – 71260 LUGNY -Tél 03 85 33 21 08

NOM.....................................................

Prénom..........................................

Date de naissance : ................................................

Classe : .....................................

Adresse....................................................................................................

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lunettes ou lentilles OUI - NON

Intolérance à certains médicaments : ...........................................................................

ALLERGIES : ……………………………………………………………………………….

Allergie alimentaire\* (dans ce cas joindre bilan allergologue) .......................................................

Autres : ......................................................................................................................

Maladie(s) à signaler et traitement particulier (joindre l’ordonnance : ......................................

............................................................................................................................................

Asthme : OUI – NON si OUI : quel traitement.............................................................................

En cas d’Asthme, l’élève pourra conserver son traitement avec lui(avec une copie de l’ordonnance ou d’un certificat médical)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté. *La famille est immédiatement avertie par nos soins.*

Parents ou responsables

Père (ou tuteur)

Nom .......................................................... Prénom.......................................................

Adresse domicile.......................................

………………………………………………..

Tél domicile : ..........................................

Tél professionnel :.......................................

Portable : ...............................................

 Mère(ou tutrice)

Nom ...........................................................

Prénom ………………………………………

Adresse domicile..........................................

......................................................................

Tél domicile : ...............................................

 Tél professionnel .......................................

Portable : .................................................

N°sécurité sociale du parent qui assure la couverture sociale : ………………………………………

Personne à prévenir en cas d’absence des parents :

NOM ……………………………………………………………….. Tél :……………………………………

NOM et adresse du médecin traitant : ……………………………Tél……………………………………

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), Monsieur et/ou Madame, ...................................................................................................

**autorise** les responsables du raid UNSS du collège Victor Hugo encadrant le séjour à prendre toute mesure propre à assurer la sécurité physique et morale de notre enfant.

 **À CET EFFET** J’autorise les responsables à prendre les dispositions nécessaires pour effectuer les examens médicaux, le transport en ambulance ou l’hospitalisation le cas échéant, à faire donner les soins médicaux nécessaires en cas de maladie, accident, intervention chirurgicale urgente, après consultation d’un praticien.

*Je m’engage à rembourser les responsables du séjour de l’intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés pour mon compte.*

A .................................................. le ..................................................

Signature des parents,