



FICHE MEDICALE COURS DE REMISE A NIVEAU

Classe :

NOM : **Prénom** :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Numéro de sécurité sociale :

Pour les élèves étrangers, **correspondant en France** :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant les numéros de téléphone ou de télécopie :

Domicile : Travail père :

Travail mère : Autres (précisez) :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Tél. :

INDICATIONS particulières au sujet de l'état de santé de votre enfant :

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

- Intolérance à certains médicaments :

- Allergies oui non Si oui, précisez.....

Traitement suivi :

- Régime alimentaire :

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés,, responsables de l'élève, autorisons son anesthésie au cas où victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A, le

Signatures