

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
à l'usage du foyer**

Nom et Prénom de l'étudiante :

Née le :

Personnes à joindre en cas d'urgence

Père : M
Téléphone : Domicile
Bureau
Portable

Mère : Mme
Téléphone : Domicile
Bureau
Portable

Correspondants : M. Mme
Téléphone : Domicile
Bureau
Portable

Autre personne autorisée à intervenir :
Téléphone : Domicile
Bureau
Portable

Renseignements de santé

Maladies (maladie chronique ou autres) et traitements spécifiques en cours
.....
.....
.....

Allergies (joindre photocopie de l'ordonnance)

- :
-

Interventions chirurgicales à signaler :

.....
.....

Accidents avec séquelles :

.....
.....

Autres renseignements importants à communiquer :

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

Autorisation d'intervention et réglementation médicale

En cas de maladie et d'accident grave

Nous autorisons le personnel éducatif à faire appel à un médecin et à prendre, à notre place, les décisions nécessaires (transport à l'hôpital, interventions...)

Réglementation médicale

Nous déclarons avoir pris connaissance de la réglementation médicale du foyer.

Date et signature des parents :

(précédées de la mention lu et approuvé)