

**Elève** : Nom : ..... Prénoms (2) : .....

Adresse : .....

Né(e) le : ..... A .....

Classe 2023 : ..... Etablissement 2023 : .....

**Régime** :  Externe  Demi-pensionnaire  Interne\*  Elève en foyer\*

\* Pour les élèves internes ou en foyer, précisez le lieu de l'hébergement : .....

**Représentant légal** :  Père  Mère  Tuteur (trice)

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Tél dom. : ..... Tél Trav. : ..... Mob. : .....

Adresse e-mail : .....@.....

**Correspondant** : (obligatoire pour les internes)  Bourail  autre (précisez le lieu) : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Tél : Dom. : ..... Trav. : ..... Mob. : .....

**Couverture sociale** : fournir une photocopie **des cartes à jour**

Aide Médicale- N° : ..... Validité - du ..... au .....

Cafat- N° : ..... Mutuelle N° : .....

**Vaccination** : (joindre **les photocopies des vaccins** du carnet de santé)

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DTCP) : ..... pour être efficace,  
cette vaccination est obligatoire et nécessite un rappel tous les 5 ans.

Médecin traitant : ..... Tél : .....

Autorisation parentale d'intervention chirurgicale

- **En cas de nécessité**, en dehors de toute urgence, durant le temps scolaire et si vous ne pouvez être avertis, l'établissement peut être amené à conduire votre enfant chez un **médecin du privé** ou du **dispensaire de Bourail**. (Vous pouvez préciser votre choix, en précisant le nom du médecin : .....

- **En cas d'urgence** durant le temps scolaire, l'établissement dirigera votre enfant au **dispensaire de Bourail** pour y recevoir les soins que nécessite son état et contactera au plus vite le représentant légal.

Je soussigné(e) .....  Père  Mère  Tuteur (trice)

de l'élève : Nom : ..... Prénom : .....

Donne à l'établissement l'autorisation d'organiser son transport au **dispensaire de Bourail**.

Donne au médecin l'autorisation de pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état, y compris l'anesthésie générale, et à évacuer mon enfant vers le CHT. **Remarque** : Pour tout autre dispositif, veuillez préciser votre choix : .....

- Soins : Nous voudrions attirer votre attention sur le fait que les élèves sont parfois en possession de médicaments. Quelque-soit l'apparence anodine de ceux-ci, nous souhaiterions, pour des raisons évidentes de sécurité, que la gestion en revienne exclusivement au responsable de la santé qu'est l'infirmier scolaire. De plus, si vous ne voulez pas que les professionnels en responsabilité de vos enfants dispensent le moindre traitement (Paracétamol, antitussif, anti-diarrhéique, etc.) à vos enfants, sans votre accord préalable, veuillez l'exprimer dès réception de ce document en signant le paragraphe ci-dessous.

Je m'oppose à l'administration de tout produit médicamenteux sans mon accord préalable.

Signature parentale :

- **Autorisation de retour en bus** : en cas de nécessité d'un retour à domicile pour des raisons de santé, après avoir été informé, j'autorise l'établissement à faire partir l'élève en bus. **Oui**  **Non**

Date :

Signature :

**Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmier.**

**A compléter si l'enfant est :**

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire,
- susceptible de prendre un traitement d'urgence,
- atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements à l'école.

<i><b>PROBLEMES DE SANTE DE VOTRE ENFANT</b></i>	OUI	NON	<i><b>Traitements</b></i> <i>(fournir une copie de l'ordonnance)</i>
- ALLERGIE (Type d'allergie à préciser).....			-
- ASTHME : .....			-
- AUTRE PROBLEME RESPIRATOIRE :.....			-
- R.A.A. (Rhumatisme) : .....			-
- SOUFFLE AU CŒUR : .....			-
- AUTRE PROBLEME CARDIAQUE : .....			-
- DIABETE (Type de diabète à préciser) : .....			-
- PROBLEMES VISUELS (à préciser) : .....			-
- PORT DE LUNETTES OBLIGATOIRE : .....			-
- PROBLEMES AUDITIFS (à préciser) : .....			-
- HANDICAP (Type d'handicap à préciser) : .....			-
- DYSLEXIE : .....			-
- SUIVI ORTHOPHONIQUE : .....			-
- EPILEPSIE : .....			-
- SPASMOPHILIE : .....			-
- CONTRE INDICATION D'EPS (SPORT) : <i>Joindre un certificat médical</i>			
- TOTALE : .....			-
- PARTIELLE : .....			-
- SUIVI PSYCHOLOGIQUE : .....			-
- AUTRES PROBLEMES DE SANTE (à préciser) : .....			
.....			

En fonction des renseignements portés sur cette feuille, vous pouvez contacter l'infirmerie scolaire pour établir si vous le souhaitez, un Projet d'Accueil Individualisé, conformément à la circulaire n°2003-134 du 08/09/2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période.

**Vu et pris connaissance, Signature des parents (obligatoire) :**