

DOSSIER MEDICAL

Dossier strictement confidentiel destiné à l'infirmerie de l'établissement. A remplir soigneusement dans l'intérêt de l'élève.

L'ÉLÈVE :

NOM : í í í í í í í í í í .

Prénoms : í í í í í í í í í .

Né (e) le : í í í í í í í í í í

A (Ville) : í í í í í í í í í í

Département ou Pays : í í í í í í í í í ..

SECURITE SOCIALE de l'élève (ou du responsable légal) :

N° carte vitale : í ..

EN CAS D'IMPOSSIBILITE A JOINDRE LE RESPONSABLE LEGAL, CONTACTER LA PERSONNE SUIVANTE :

Nom et Prénom : í í í í í í í í í í í í í í í í Degré de parenté : í í í í í

Adresse : í .í .

N° de téléphone : í í í í í í í í í í í í í

VACCINATIONS

Joindre une photocopie des certificats de vaccinations ou du carnet de santé.

Date BCG :

Date DT POLIO :

MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom : í í í í í í í í í í í í í í í ..

Adresse : í í í .í ..

Code Postal et Ville : í ..

N° de téléphone : í í í í í í í í í í í í í í í .

TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER EN COURS :

í í

TRES IMPORTANT : Médicaments que l'élève ne supporte pas : í í í í í í í í í ..

ANTECEDENTS :

í ..

- Accidents, infections aiguës, intoxications, (précisez) : í í í í í í í í í í í í í .

- Maladie, chroniques (affections cardiaques, hémophilie, diabète, insuffisance rénale, épilepsie, spasmophilie, asthme, allergie, etc) (précisez) : í í í í í í í í í í í í í

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Que vous souhaitez nous communiquer concernant sa santé ou son adaptation au Lycée (sous pli confidentiel adressé aux infirmiers).

AUTORISATION DE TRAITEMENT, DE TRANSPORT ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame í í í í í í í í í í

autorisons l'anesthésie de notre fils/fille í í í í í í .. au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Nous autorisons :

- notre fils/fille à se rendre seul(e) à divers types de soins médicaux et dégageons l'établissement de toutes responsabilités ;
- le chef d'établissement à prendre en cas d'urgence toutes les mesures médicales, chirurgicales nécessaires et à hospitaliser notre enfant si cela est jugé utile.

Nous déclarons que si l'état de notre fils/fille nécessite une consultation d'urgence, nous essaierons, dans la mesure du possible, de venir personnellement le (la) chercher au lycée, pour l'accompagner au service médical. Si nous ne pouvons effectuer ce déplacement ; nous nous engageons à supporter les frais de transport dus pour l'utilisation d'un « véhicule sanitaire léger ». Il sera dirigé vers :

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| - Hopital des Hauts Clos | <input type="checkbox"/> | Clinique Montier la Celle | <input type="checkbox"/> |
| - Clinique de Champagne | <input type="checkbox"/> | Clinique des Ursulines | <input type="checkbox"/> |

Adhésion au Foyer Dyna-Détente (5.50 € par an) OUI NON

Autorisations du responsable si candidat mineur.

J'autorise (prénom) _____ à participer aux sorties de classe dans le cadre scolaire.

Psychologue

A la demande de l'élève, il est possible que celui-ci rencontre un psychologue.

J'autorise (prénom) _____ à rencontrer le psychologue de l'établissement.

Signature Responsable

Extrait Règlement :

- Tenue correcte signifie une tenue civile, non provocante.
- Seul les percings discrets sur le nez sont autorisés.
- Le téléphone et autres appareils doivent être éteints (**non pas en veille**) à l'intérieur des locaux.

Fait à _____ le _____

Signature des parents ou répondants
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature de l'élève

- Rappel des Pièces à fournir à ce dossier :

- Copies bulletins trimestriels de l'année
- Copie du dernier diplôme s'il y a lieu
- Chèque de 140 €
- Copies certificats de vaccinations

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

NOM et Prénom de l'élève : í í í í í í

Nom et Prénom du Responsable Payeur : í í í í .

- Règlement définitif à la préinscription : 70 €
- Solde à la confirmation de la réussite de l'examen (CAP / BAC ou autre)

**2 CHEQUES DE 70 € = 140 €
CORRESPONDANTS**

A AGRAFFER

AU DROIT D'INSCRIPTION

Mode de paiement choisi :

- Prélèvements
(Sur 9 mois d'octobre à juin)
- Totalité à réception de la facture
- Autres

Signature du Responsable payeur :

RIB A AGRAFFER