



# **INSTITUTION JEANNE D'ARC** **FICHE MEDICALE**

***La présente fiche médicale doit être remplie très scrupuleusement : si une information n'y figurait pas - et que cela porte préjudice à l'enfant- la responsabilité de la famille serait engagée.***

NOM et Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : /\_\_/\_/\_\_\_\_/

Adresse du domicile habituel : .....

Téléphone du domicile : ..... Portable des Parents : .....

Veillez compléter le cadre ci-dessous.

**Si votre enfant est :**

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire (asthme, migraine, allergies...)
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par la direction de l'établissement pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé (PAI), conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :



**En cas d'urgence, personnes à joindre immédiatement :**

**Père** : NOM et Prénom : .....

Téléphone professionnel : ..... poste : .....

**Mère** : NOM et Prénom : .....

Téléphone professionnel : ..... poste : .....

**Autre personne** : NOM et Prénom : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Téléphone professionnel : ..... poste : .....

**NOM du médecin traitant** : ..... téléphone: .....

**NB : Le personnel de l'établissement n'est pas habilité à administrer des médicaments sauf dans le cas bien précis d'un PAI à jour.**

Je soussigné (-e) ....., père - mère - tuteur de l'élève désigné(e) ci-dessus,

- ✓ **autorise** le Chef d'Etablissement -ou toute personne qu'il aura mandatée- à faire donner à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état,
- ✓ **déclare donner mon accord** à toute mesure de transport, d'hospitalisation et à toute décision d'intervention chirurgicale urgente qui pourraient être prescrites par les autorités médicales durant le séjour de mon enfant au Lycée/Collège Jeanne d'Arc de MONTRouGE.

Fait à ..... le .....

Signature du responsable légal