

Nom, commune et tel du **médecin traitant** .....

**Problème de santé** particulier : (Vous pouvez joindre tout document que vous jugerez nécessaire sous enveloppe cachetée)

**Allergie** : .....

**Traitement** éventuel : .....

Au **collège**, votre enfant bénéficiait-il de :

**PAI** : Projet d'Accueil Individualisé si pathologie

**PPS** : si suivi par la maison de l'autonomie (joindre le dernier GEVASCO)

**PAP** : Plan d'Accompagnement Personnalisé (joindre les derniers bilans)

Un **aménagement d'examens** a-t-il été attribué pour le Brevet : oui / non

**Autorisation de sortie pour raison de santé.**

J'autorise mon enfant à se rendre seul, avec accord de l'administration, à une consultation médicale, dentaire ou autre. Vous serez évidemment informé au préalable.

Oui non

**Autorisation de soins en cas d'urgence**

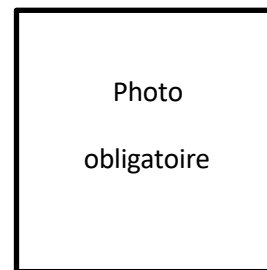
Je soussigné(e) Nom : .....Prénom.....

déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au SAMU(15) et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant.

Les parents ou le référent s'engagent à venir le chercher à la sortie de l'hôpital.

**Signatures :**      **Père**                      **Mère**                      **Tuteur**

**FICHE INFIRMERIE**



NOM : .....

PRENOM : .....

CLASSE .....

Né(e) le : .....à.....

N° tel de l'élève : .....

N° de sécurité sociale : .....

• **Mère**     **Père**     **ou Tuteur**

Nom/Prénom : .....

Adresse:.....

Profession/Employeur.....

Tel perso : .....Tel Prof : .....

• **Mère**     **Père**

Nom/Prénom : .....

Adresse.....

Profession/Employeur.....

Tel perso : ..... Tel Prof : .....

Pour les **internes**, nom, adresse et téléphone du référent Grenoblois :

.....

.....

Photocopie obligatoire des vaccinations