Nom, commune et tel. du médecin traitant :……

……

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

☐ **GevaSco** (si suivi par la maison de l'autonomie)

☐ **PAP**

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

…… ……

……

Allergies:……

Traitement:……

Suivi .médical :……

……

Merci de joindre la copie des vaccinations du carnet de santé, document indispensable pour la visite médicale (qui aura lieu au lycée) autorisant le travail des mineurs en atelier et en entreprise.

❖ FICHE INFIRMERIE

NOM :……

PRENOM :……

CLASSE :……

Année de naissance / âge :……

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 ou **Mère** ou **Tuteur**