

ELEVE

Nom Prénom(s)
Date/Lieu de naissance Nationalité Sexe
Classe rentrée 2025

RESPONSABLE LEGAL Père et Mère vivant **ENSEMBLE**

PERE Nom Prénom **MERE** Nom Prénom
Adresse :
Tél. Domicile : Mail :
N° Portable (père) N° Portable (mère)
N° de téléphone professionnel (père) Nom et lieu de l'entreprise
N° de téléphone professionnel (Mère) Nom et lieu de l'entreprise

RESPONSABLE LEGAL Père et Mère vivant **SEPAREMENT**

PERE

Nom Prénom
Adresse
Tél. Domicile N° Portable Mail
N° de téléphone professionnel (père) Nom et lieu de l'entreprise

MERE

Nom Prénom
Adresse
Tél. Domicile N° Portable Mail
N° de téléphone professionnel (père) Nom et lieu de l'entreprise

MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom
Adresse Tél

SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE

Nom et N° caisse de sécurité sociale Adresse
Nom et N° inscription mutuelle Adresse

EN CAS D'ACCIDENT

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible d'être jointe rapidement

AUTORISATION PARENTALE (prendra effet à compter de la rentrée 2025)

Je soussigné (e)

Père, Mère, Tuteur (personne légalement responsable)

Autorise le Directeur du Lycée, ou son représentant à prendre toute décision destinée à faire donner les soins médicaux qui pourraient être nécessaires à mon fils - ma fille

Autorise un membre du personnel du lycée, à transporter mon fils - ma fille aux urgences.

En cas d'accident, de maladie contagieuse, d'affection grave, (dans la mesure du possible, le Lycée s'efforcera de prévenir les parents avant de prendre une décision).

Hospitalisation : Centre hospitalier de Fougères – 133 rue de la Forêt – 35300 FOUGERES

NB : en cas d'urgence, l'élève sera transporté par les services de secours (après avis du médecin du SAMU).

Fait à

le

Signature(s)

Dans certains cas particuliers les médicaments peuvent être déposés à l'infirmerie.

L'élève présente-t-il une intolérance à un médicament particulier ? si oui, indiquer le :

Antécédents médicaux :

- | | |
|---|------------|
| ☐ Allergie (autre) | Laquelle |
| | Traitement |
| ☐ Asthme | Traitement |
| ☐ Spasmophilie | Traitement |
| ☐ Tétanie | Traitement |
| ☐ Convulsions – Epilepsie | Traitement |
| ☐ Diabète | Traitement |
| ☐ Maladie Cardio-Vasculaires | Traitement |
| ☐ Autres | |

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

Dates des éventuelles interventions chirurgicales :

A-t-il des problèmes de vue ?

d'audition ?

A-t-il eu des crises d'appendicite ?

Vaccinations : **Merci de joindre les photocopies des vaccins inscrits dans le carnet de santé de votre jeune.**

Concernant les filières SAPAT/ASSP/CAPA la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire.

Les stages auprès des structures ne pouvant se faire qu'à cette condition.