



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX*

(A remettre sous enveloppe cachetée en cas de renseignements confidentiels)

Année scolaire 2024-2025

ETUDIANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ___/___/___ / à _____

Classe en 2024-2025 : _____ Portable : _____

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

NOM MEDECIN TRAITANT : _____

Cabinet : _____ Ville : _____

FAMILLE OU RESPONSABLE LEGAL

PÈRE

NOM et Prénom : _____

Domicile : _____

Portable : _____

Travail : _____

E-mail : _____

MÈRE

NOM et Prénom : _____

Domicile : _____

Portable : _____

Travail : _____

E-mail : _____

AUTRES PERSONNES à prévenir en cas de nécessité, si absence des parents :

Nom et Prénom : _____

Domicile : _____ Portable : _____

INFORMATIONS SECURITE SOCIALE

ETUDIANT (N° SS) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tout élève a un N° de Sécurité Sociale – Se rapprocher de votre Caisse d'Assurance Maladie si vous ne le connaissez pas ou vous connecter sur ameli.fr - mon compte - attestation de droits - IMPERATIF EN CAS D'ACCIDENT (stages, ateliers, labo...)

IMPORTANT

Il n'y a pas d'infirmière affectée à notre établissement.

- Si votre enfant présente une indisposition passagère (mal de ventre, fatigue, fièvre...) nous vous contacterons afin de convenir d'un retour au domicile, car nous ne sommes pas habilités à délivrer des médicaments de type paracétamol, aspirine...
- En cas d'urgence ou d'accident (en sport, en atelier...) nous contacterons les pompiers ou le SAMU qui décideront de son transport au CHBA de Vannes ou Hôpital OCEANE Vannes.

Verso à compléter

I – **Votre enfant est porteur d'une allergie** : OUI NON

Asthme Eczéma, allergie, urticaire Pertes de connaissances, malaises

Si oui, préciser (FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL) : _____

Régime alimentaire : OUI NON

Si oui, préciser : _____

II – **Votre enfant est porteur d'une pathologie pouvant nécessiter un traitement d'urgence sur le temps scolaire** : OUI NON

Si oui, FOURNIR IMPERATIVEMENT DES LA RENTREE :

- Un compte-rendu médical
- Protocole d'urgence
- Trousse d'urgence avec médicaments et ordonnance récente

III – **Observations - autres** :

Je soussigné (responsable de l'élève) Reconnaît avoir pris connaissance de cette fiche et des dispositions que pourraient prendre la direction du lycée Saint Joseph en cas de maladie ou d'accident pour mon enfant.

A _____ le _____

Signature des parents ou du responsable légal

COCHEZ POUR SIGNATURE

***Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT à cette fiche médicale :**
Une photocopie du carnet de santé (uniquement les pages de vaccinations)

Pour toute modification concernant la santé de votre enfant, veuillez nous informer rapidement :

Lycée St Joseph la Salle – 39 Bd des Iles – CS 42404 – 56010 VANNES cedex

02 97 63 14 63 accueil@stjo-vannes.com