



## Fiche médicale

Nom et prénom de l'enfant :

Classe et implantation :

Médecin traitant :

Adresse et numéro de téléphone :

Allergies éventuelles :

Besoins spécifiques :

Merci de compléter et signer la partie ci-dessous

Je soussigné.e (nom, prénom, adresse de la personne exerçant l'autorité parentale)

---

---

autorise les enseignants à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien.

l'école ne parvient pas à me joindre, je m'engage à rembourser les professeurs ou la direction des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques déboursés pour mon compte.

Date :

Signature + lu et approuvé