



# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

## Année scolaire 2023 – 2024

NOM : .....Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

N° de S. Sociale du responsable légal : .....N° de S. Sociale du conjoint : .....

Adresse et numéro du Centre de Sécurité Sociale :

.....  
.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

Recommandations et observations particulières à connaître (antécédents médicaux et / ou chirurgicaux)

.....  
.....  
.....

Allergies :

.....  
.....  
.....

Suivis éventuels et fréquence (orthophonie, psychologue, pédopsychiatre, ergothérapeute...)

.....  
.....  
.....

Traitement régulier, maladie chronique

.....  
.....  
.....

### AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e) .....  
responsable principal(e) et légal(e) de l'élève .....  
autorise (nt) le chef d'établissement (ou ses représentants) à prendre les dispositions nécessaires pour garantir les  
soins médicaux à apporter à mon enfant et même dans les cas où une intervention chirurgicale urgente serait  
indispensable, à la clinique ou à l'hôpital de son choix.

Date :

Signature(s) du (des) responsable (s) légal (aux)