A remettre impérativement le 4 septembre 2023 au professeur principal

FICHE MEDICALE
ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

Nom.....Prénom.....

Date de naissance.....

Classe ……

Nom, prénom du responsable……..

Agissant en qualité de : ……..

Adresse.....

Commune.....Code postal.....

Téléphones en cas d'urgence (y compris au travail)

Domicile n° tél …….

Portables : père…… mère……

Travail Père n° tél…….. … Entreprise ……

Travail Mère n° tél…….. .Entreprise ……

Très important

En cas d'urgence et d'indisponibilité de la famille, seules les personnes mentionnées ci-dessous pourront être appelées et seront habilitées à récupérer votre enfant.

n° tél …… Personne à demander……

n° tél …… Personne à demander……

n° tél …… Personne à demander……

Nom du médecin traitant……..N° de Tél ……

Assuré social : Nom ……. Prénom……

.

N° Sécurité Social : ……. Centre ……

Mutuelle complémentaire : OUI ou NON

Si OUI Nom de l'organisme :……

Numéro de sociétaire : ……

Tournez SVP→

Vaccinations (date vaccination ou dernier rappel)

B.C.G. ……..……Tétracoq …….
Hépatite……..….. Autres ……
Allergies ……..……..
Divers (hospitalisation, maladies graves)…….
……
Groupe sanguin…….

PAI (troubles de santé)
(Est-ce que votre enfant a besoin de prendre des médicaments : allergies, asthme, etc …)

*** oui non**

Contre-indication médicale éventuelle :
PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) : * oui non
*** entourez la bonne réponse**

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgences.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- *Au service médical du Rectorat,*
- *Aux services médicaux d'urgences,*
- *En tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,*
- *Et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS,…) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux,…)*

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement y compris dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS s'il en bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

A…….. le……...

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame …….

responsable légal de l'élève ……..

scolarisé à l'Ecole ou au Collège Privé Sainte-Famille à Toulouse, certifie autoriser l'Etablissement à prendre toute décision susceptible de s'imposer en cas d'urgence.

Toulouse, le ……2023

Signature :