

Année Scolaire 2017/2018

COLLER  
1 photo

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

CLASSE : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE

### FICHE ESSENTIELLE POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ÉLÈVE, A RENOUVELER CHAQUE ANNEE

Date et lieu de naissance de l'élève : .....

Nom et prénom du père : .....

Adresse domicile du père : .....

Téléphone du domicile du père : ..... Poste : ..... Cellulaire : .....

Lieu de travail du père : .....

Téléphone professionnel du père ..... Poste : ..... Cellulaire : .....

Nom et prénom de la mère : .....

Adresse domicile de la mère : .....

Téléphone du domicile de la mère : ..... Poste : ..... Cellulaire : .....

Lieu de travail de la mère : .....

Téléphone professionnel de la mère ..... Poste : ..... Cellulaire : .....

Nombre de frères et sœurs dans l'établissement : ..... Classes : .....

📍 Les infirmières se tiennent à la disposition des familles qui veulent ajouter un complément d'information sur la santé de leur enfant

• **En cas d'absence des parents, Personne à prévenir :**

1) NOM de la personne : ..... Tél. : .....

2) NOM de la personne : ..... Tél. : .....

• **J'autorise** l'administration du Lycée Français Jean Mermoz à prendre en cas d'urgence, toutes les mesures utiles pour **une admission rapide dans l'Établissement hospitalier ou la clinique :**

..... Téléphone: .....

• **Si un transport médicalisé est nécessaire, je choisis :** .....

**Je joins une copie de la lettre de garantie** de mon employeur ou de mon assurance, attestant de la prise en charge des frais d'hospitalisation pour cet enfant, dans l'Établissement demandé. **(En l'absence de lettre de garantie ou d'assurance, les frais d'hospitalisation seront à la charge de la famille.)**

Tournez SVP ->

- Maladies intervenues depuis l'enfance (préciser l'année à côté)

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
Varicelle		Oreillons		Asthme	
Rougeole		Otite		Spasmophilie	
Rubéole		Méningite		Rhumatisme articulaire	
Coqueluche		Diabète		Drépanocytose	

- Autres maladies :

-----

- Interventions chirurgicales subies depuis l'enfance (préciser l'année) :

-----

- L'élève suit-il un traitement régulier ? Lequel et pour quelle raison ? :

-----

- Est-il allergique ? A quoi et quel médicament prescrit ? :

-----

- Porte-t-il des lunettes ?:

-----

- A-t-il eu un suivi psychologique et/ou orthophonique

-----

- Bénéficie-t-il du Projet d'Accueil Personnalisé (PAP) :

-----

### DATE DES VACCINATIONS (joindre la photocopie des vaccinations de l'enfant)

#### OBLIGATOIRES SELON LE CALENDRIER VACCINAL FRANÇAIS ET SENEGALAIS

- BCG : .....  R.O.R. : .....  
 DTCP (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche - tous les 5 ans jusqu'à 18 ans) : .....  
 FIEVRE JAUNE (tous les 10 ans) : .....

#### CONSEILLEES

- Hépatite A : .....  Hépatite B : .....  
 Méningite : .....  Autre : .....

- Des modifications importantes sont-elles intervenues dans la famille (naissance, décès, divorce, maladie grave d'un membre de la famille, etc.) : .....

DAKAR, le .....

Signature des Parents