

AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE
(Destinée à l'hôpital)



FICHE MEDICALE 2024 - 2025

Je soussigné/e,

Nom, prénom

Demeurant

.....

.....

Père, mère, tuteur (1) de l'étudiant

Autorise le Chef d'établissement à prendre toutes mesures utiles en cas d'urgence (transport, admission, anesthésie locale ou générale si besoin était) pour une hospitalisation et déclare que cette autorisation est valable pour toute la scolarité du jeune.

A

Le

Signature

Vous voudrez bien SVP placer ce document sous enveloppe cachetée portant la mention « FICHE MEDICALE + nom, prénom et classe de l'étudiant/e » et le remettre au Secrétariat avec le Dossier d'Inscription. Cette fiche sera conservée à l'Infirmierie.

Fiche remplie le

Enseignement Supérieur La Joliverie
141, route de Clisson
BP 43229
44230 ST SEBASTIEN SUR LOIRE
Tél : 02.40.80.82.04

Photo

Etudiant : Nom

Prénom

☐ ½ pens. ☐ Ext. Classe en 2024/ 2025.....

Né(e) le à Nationalité

Adresse

.....

N° Sécurité Sociale ./. /. /. /. /. /. /. /. /. /

Téléphone, en cas d'urgence, du domicile n°

du lieu de travail du Père n°

de la Mère n°

d'un parent : n° (nom

Nom, prénom, profession du Père : _____

Nom, prénom, profession de la Mère : _____

Nombre d'enfant(s) et âge(s) : _____

Admission – sont exigées une vaccination :

Antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélique complète.

Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, faire vacciner l'enfant dès maintenant sauf contre-indication mentionnée sur le certificat médical.

Dates de vaccinations			Médecin
DT POLIO		B.C.G.	
1°			
2°			
3°			
Rappels			

En cas d'hospitalisation

Clinique souhaitée : _____

Hôpital souhaité : _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La famille est invitée, dans l'intérêt du jeune, à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

Date de la dernière vaccination antitétanique : _____

Groupe sanguin (s'il est connu) : _____

Le jeune a-t-il subi une intervention chirurgicale ? oui ☐ non ☐

Laquelle ? _____

A-t-il eu des maladies contagieuses ?

Lesquelles : Oreillons _____ Hépatite _____
Rubéole _____ Rougeole _____
Scarlatine _____ Varicelle _____
Rhumatisme articulaire aigu _____

Fait-il des allergies ? (contre-indication à l'emploi de certains médicaments)

Nom, adresse, n° de téléphone du médecin de famille :

Donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière (maladies, troubles nerveux, troubles cardiaques, convulsions, épilepsie, traitements séquelles d'accidents...) :

Handicap : visuel _____ auditif _____
Statique _____ langage _____

Si le jeune suit actuellement un traitement médical, celui-ci doit être déposé à l'infirmier avec l'ordonnance.

Dernier établissement scolaire fréquenté : _____