

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

**FICHE MEDICALE 2019 - 2020**

Je soussigné,

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 placer ce document sous enveloppe cachetée portant la mention « FICHE MEDICALE » et le remettre au Secrétariat avec le Dossier d'Inscription. Cette fiche sera conservée à l'Infirmierie.

Fiche remplie le .....

**Département Enseignement Supérieur La Joliverie**  
**141, route de Clisson**  
**BP 43229**  
**44230 ST SEBASTIEN SUR LOIRE**  
**Tél : 02.40.80.82.04 - Fax : 02.40.34.73.70**

Photo

Etudiant : Nom .....

Prénom .....

Int.  ½ pens.  Ext. Classe en 2018/19.....

Né(e) le ..... à ..... Nationalité .....

Adresse

.....

.....

N° Séc Soc ./. /. /. /. /. /. /. /. /

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 :

Antidiphtérique, 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 : \_\_\_\_\_