



**BOIS ROBERT**

INTERNAT COLLÈGE LYCÉE INTERNATIONAL SCHOOL  
DEPUIS 1968

## FICHE MÉDICALE

### Année scolaire 2021-2022

#### IDENTITÉ ÉLÈVE :

NOM ..... Prénom .....  
Date/lieu de naissance ..... Nationalité .....  
N° de sécurité sociale (joindre une attestation) .....  
Assurance responsabilité civile (joindre une attestation) .....  
Complémentaire santé (joindre une attestation) .....  
En cas d'urgence, personne(s) à prévenir .....  
Numéros de téléphone en cas d'urgence: .....

#### INFORMATIONS MÉDICALES :

Nom et adresse du médecin traitant .....

Groupe sanguin .....

Allergies .....

Régimes .....

Contre indications (vaccins par exemple) :  
.....  
.....

Observations .....  
.....  
.....

De quelles maladies a été atteint l'enfant ?  
.....  
.....

A-t-il été opéré ? .....  
.....  
.....

Présente-t-il une déficience physique particulière ?  
.....  
.....

Présente-t-il une infirmité ?  
.....  
.....

A-t-il reçu des vaccins et en quelle année :

Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite / Coqueluche ?  
.....

Rappel : .....

Rougeôle / Oreillon / Rubéole ?

Rappel : .....

B.C.G. ? .....

Rappel : .....

# FICHE MÉDICALE - SUITE

## Année scolaire 2021-2022

### DÉCLARATION DES PARENTS OU REPRÉSENTANTS LÉGAUX EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE GRAVE :

En cas d'accident ou de maladie grave survenue à notre enfant, nous désirons que soit appelé le Médecin de l'Institut Bois Robert. En cas d'absence, nous autorisons la Direction à faire appel à un autre médecin. En cas d'urgence, si on ne peut nous atteindre au téléphone ou si le temps presse, nous autorisons la Direction à prendre à notre place les décisions nécessaires (ex : transport en clinique) et lui donnons tout pouvoir pour signer à notre place une éventuelle autorisation d'intervention chirurgicale.

S'il est impossible d'obtenir un transport par ambulance, nous dégageons entièrement la responsabilité de la Direction qui pourrait être amenée à faire ce transport.

En cas d'hospitalisation, nous désirons que la Direction choisisse dans la mesure du possible :

☐ la clinique (1) : ..... ☐ l'hôpital le plus proche (1) .....

(1) Préciser éventuellement le nom d'un l'établissement

À moins de demande expresse ou de modifications de notre part, ces déclarations sont valables pour toute la scolarité de notre enfant dans cet établissement.

Fait à ..... le .....

Signature des responsables légaux de l'enfant :

### AUTORISATION MÉDICALE :

Je soussigné(e) .....

Degré de parenté : .....

De l'enfant .....

Autorise les interventions, anesthésies et examens nécessités par son état et autorise sa sortie avec un responsable de l'Institut Bois Robert.

A ..... le .....

Signature