



BOIS ROBERT

INTERNAT COLLEGE LYCEE INTERNATIONAL SCHOOL
DEPUIS 1968

FICHE MÉDICALE Année scolaire 2024-2025

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 :

Covid-19 ?

.....

Rappel :

Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite / Coqueluche ?

.....

Rappel :

Rougeôles / Oreillons / Rubéoles ?

Rappel :

B.C.G. ?

Rappel :

FICHE MÉDICALE - SUITE

Année scolaire 2024-2025

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