

Document non confidentiel à remplir par la famille à chaque début d'année scolaire.
Valable dans l'enceinte du lycée ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

NOM Prénom
CLASSE Régime : ☐ INT ☐ DP ☐ EXT
Date de naissance Lieu de naissance
Sexe :

Personnes à prévenir :

Responsable 1	Responsable 2	Autre
Nom	Nom	Nom
Prénom	Prénom	Prénom
Adresse	Adresse	Adresse
Tél portable	Tél portable	Tél portable
Tél domicile	Tél domicile	Tél domicile
Tél travail	Tél travail	Tél travail

Adresse de l'élève si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utiles de signaler (allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :
Joindre une photocopie des vaccinations

Fournir la photocopie des attestations de carte vitale et de mutuelle
Pour les élèves de + de 16 ans : être en possession de sa carte vitale

AUTORISATION DE CONSULTATION :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame [REDACTED]
autorisons notre enfant [REDACTED]
à se rendre chez le médecin, pharmacien, kinésithérapeute, dentiste, sous réserve d'accord du lycée.

A [REDACTED], le [REDACTED]

Signature du représentant légal

[REDACTED]

AUTORISATION EN CAS D'HOSPITALISATION :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame [REDACTED]
autorisons l'anesthésie de notre enfant [REDACTED]
au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A [REDACTED], le [REDACTED]

Signature du représentant légal

[REDACTED]

L'hospitalisation se fera dans l'hôpital le plus proche ou dans celui désigné par les services de régulation du SAMU.

AUTORISATION DE TRANSPORT :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame [REDACTED]
autorisons le transport de notre enfant [REDACTED],
aller et retour, en cas de consultation ou d'hospitalisation nécessaire au centre hospitalier pour maladie ou accident ne relevant pas des secours d'urgence.

N.B. : Au cas où l'autorisation ne serait pas donnée, seul un membre de la famille pourra sortir votre enfant mineur de l'hôpital.

A [REDACTED], le [REDACTED]

Signature du représentant légal

[REDACTED]

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame [REDACTED]
nous engageons à régler les honoraires et frais engagés.

A [REDACTED], le [REDACTED]

Signature du représentant légal

[REDACTED]