

Nom et prénom de l'élève _____

Date de naissance _____ Régime Demi Pensionnaire Interne Externe

Nom du responsable légal _____ Lien de parenté _____

Ville du responsable légal _____

Téléphone portable du responsable prioritaire _____

N° de sécurité sociale de l'assuré _____

N° de sécurité sociale de l'élève _____

Médecin traitant :

nom _____ Ville _____ Téléphone _____

AUTORISATION EN SITUATION D'URGENCE

En signant ce document, nous, responsables légaux, autorisons la direction du lycée à prendre les mesures nécessaires d'urgence à savoir : *transport et admission au pôle médical de Kério pour des soins ou intervention chirurgicale.

***Le transport est à la charge des familles :** Si impossibilité d'obtenir un transport par taxi ou ambulance VSL, nous dégageons entièrement la responsabilité du personnel de l'établissement qui pourrait être amené à effectuer ce transport.

POUR ELEVES INTERNES uniquement : Autorisez-vous votre enfant à prendre l'un des médicaments suivants ?

Efferalgan Doliprane Spasfon

ALLERGIES importantes et graves à signaler

Allergie grave aux médicaments _____

Allergie grave aux aliments _____

Autre allergie grave _____

TRAITEMENT MEDICAL à prendre au lycée OUI NON ***Si oui, joindre l'ordonnance récente***

Motif du traitement _____

COMPLEMENTS D'INFORMATIONS sur la santé physique / psychique du jeune **ou** sur un suivi spécifique
Aménagement temps d'examen / dispense EPS à l'année / P.A.I./ Equipe Suivi de Scolarisation (GEVASCO) Joindre documents utiles

Fait à _____ le _____

Signature des responsables légaux