

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 DE PROBLEME DE SANTE**

En signant ce document, nous, responsables légaux, autorisons la direction du lycée à prendre les mesures nécessaires d'urgence vers un centre médical, centre hospitalier, centre infirmier ou autre pour des soins ou une intervention chirurgicale.

Dans l'impossibilité de nous déplacer, nous validons **le transport par un taxi ou une ambulance VSL à notre charge** et nous dégageons entièrement la responsabilité du personnel de l'établissement qui pourrait être amené à effectuer ce transport.

**POUR ELEVES INTERNES uniquement.** Nous autorisons notre 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