



## Lycée Privé SAINT JOSEPH

16, avenue d'Evian CS 80074 74202 THONON LES BAINS  
Tél : 04 50 71 34 43 E-mail : secretariat@stjthonon.org

Ecole - Collège - Lycée - Enseignement Supérieur

### FICHE MEDICALE

### B.T.S.

A remplir avec précision et à remettre au secrétariat avec le dossier d'inscription.

NOM DE L'ELEVE : \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

CLASSE PREVUE A LA PROCHAINE RENTREE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU : \_\_\_\_\_ DEPART : \_\_\_\_\_

EXTERNE     DP 4 JOURS     DP 5 JOURS     INTERNE

ECOLE PRECEDENTE avec adresse précise : \_\_\_\_\_

NOM et PRENOM du Responsable légal (Père, Mère, Tuteur) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

NUMEROS DE TELEPHONE : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_

Travail du Père : \_\_\_\_\_ Travail de la Mère : \_\_\_\_\_

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Etes-vous assurés à la SECURITE SOCIALE ?     OUI     NON

Avez-vous une ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ?     OUI     NON

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE OU D'HOSPITALISATION

Je (nous) soussigné(s) (père, mère, tuteur légal) de l'élève : \_\_\_\_\_

autorise(nt) l'administration de l'établissement à prendre, si celui-ci n'a pas pu nous joindre, toutes mesures utiles pour une intervention chirurgicale ou une hospitalisation à l'hôpital Georges Pianta de Thonon.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature obligatoire des parents,

**Ne pas oublier de remplir le verso →**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

Maladies graves : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres renseignements utiles à l'infirmière : (médicaments contre-indiqués etc...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
**Signature du représentant légal,**