La Salle
Thonon les Bains
Enseignement Catholique de Thonon
Saint Joseph - Saint François
Ecole - Collège - Lycée - Enseignement Supérieur

FICHE MEDICALE
BTS

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

NOM DE L'ETUDIANT : _____ **PRENOM :** _____

CLASSE PREVUE A LA PROCHAINE RENTREE : _____

❒ EXTERNE ❒ DEMI-PENSIONNAIRE 5 jours ❒ RESIDENCE

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU : _____ DEPARTEMENT : _____

ECOLE PRECEDENTE avec adresse précise : _____

_____

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

ADRESSE : _____

_____

Téléphone domicile : _____

Père : tél portable : _____ tél travail : _____
E-mail : _____@_____
Mère : tél portable : _____ tél travail : _____
E-mail : _____@_____
Autres téléphones (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 ➔

1. ANTECEDENTS MEDICAUX

Maladies graves : _____

Interventions chirurgicales : _____

Allergies : _____

_____

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

_____

_____

_____

_____

Engagement de la Famille:

La famille s'engage à donner toutes les informations concernant la santé de l'enfant : vaccins, maladies graves, suivi psychologique… et à prendre rendez-vous si nécessaire avec notre infirmière

En cas de dissimulation ou omission, l'inscription pourra être remise en cause.

A _____ le _____

Signature du représentant légal,