

### **AUTORISATION DE TRANSPORT ET DE CONSULTATION A L'HOPITAL**

Nom du jeune : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : ..... N°Sécurité sociale : .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. S'il y a urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Pour les élèves étant sous contrat d'apprentissage, tout accident sur le temps scolaire est déclaré en accident de travail après en avoir informé le secrétariat.

Je soussigné(e) : .....

(Nom et prénom du représentant légal)

Demeurant : .....  
.....

Autorise  N'autorise pas

Les responsables de MFR CFA Moulin de la planche à transporter ou à faire transporter mon enfant en consultation à l'hôpital.

### **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Je soussigné(e) : .....

Autorise  N'autorise pas

L'anesthésie de mon enfant ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

### **AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE**

Je soussigné(e) : .....

Autorise  N'autorise pas

Les enseignants ou le personnel de l'établissement, à prendre toutes les dispositions en cas d'accident ou de maladie.

**FICHE SANTE**

L'élève a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?

OUI

NON

<i>DATE</i>	<i>NATURE</i>

2. L'élève est –il atteint d'une maladie nécessitant un traitement ?

OUI

NON

<i>Nature de la maladie</i>	<i>Nature du traitement</i>

3. L'élève a-t-il des réactions allergiques médicamenteuses ou alimentaires ?

OUI

NON

<i>Nature de la maladie</i>	<i>Nature du traitement</i>

4. L'élève est –il reconnu en situation de handicap ?

OUI

NON

Nature : .....  
.....

5. Date dernier rappel du vaccin antitétanique : .....(pour être efficace : rappel tous les 5 ans)

OUI

NON

Fait à : .....Le / /

Signature(s) du représentant légal