

ECOLE PRIVEE CATHOLIQUE MONTALEMBERT

238, boulevard Saint-Denis – 92400 COURBEVOIE
Tél. standard : 01.80 88 86 68 - Direction / secrétariat : 01.80 88 21 43

Fiche médicale confidentielle (réservée à l'usage de la Direction de l'établissement)

ANNEE 2025-2026

• Nom et Prénom de l'élève : _____ Classe : _____

• Nom et Prénom des parents/Représentant légal : _____
(si différent)

• **Adresse des Parents** :

• **Numéro de sécurité sociale auquel est affilié l'enfant** :

• **Nom de la Mutuelle** :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

• Tel domicile : _____

Tel Mère : travail : _____ portable : _____ Lieu de travail _____

Tel Père : travail : _____ portable : _____ Lieu de travail _____

• Autre personne à contacter en cas d'impossibilité de vous joindre

Nom (précisez s'il s'agit d'un membre de la famille, voisin, ami...) : _____

Tél. domicile/travail : _____ portable _____ Lieu de travail _____

Nom (précisez s'il s'agit d'un membre de la famille, voisin, ami...) : _____

Tél. domicile/travail : _____ portable _____ Lieu de travail _____

Nom (précisez s'il s'agit d'un membre de la famille, voisin, ami...) : _____

Tél. domicile/travail : _____ portable _____ Lieu de travail _____

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés Monsieur et/ou Madame : _____

Responsables de l'enfant :

Autorisons un responsable de l'établissement à prendre le cas échéant toutes les mesures utiles en cas d'urgence Au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il /elle aurait à subir une intervention chirurgicale, nous autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiqué en urgence toute hospitalisation, interventions chirurgicale et anesthésie sur mon enfant.

Nous souhaitons dans la mesure du possible que mon enfant soit dirigé vers l'hôpital :

Date _____

Signature du Père : _____

Signature de la Mère : _____



MEDECIN TRAITANT

NOM : _____ TEL :-----
Adresse : _____

VACCINS

Date du dernier vaccin antitétanique :

Joindre la copie de la page du carnet de santé concernant la vaccination obligatoire.

ALLERGIES

Votre enfant est-il allergique ? Oui Non

Si oui, précisez : -----

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique : Oui Non

Si oui, précisez : -----

Pour toute allergie ou maladie chronique, vous devez **fournir un PAI** délivré par le médecin traitant (il définit la prise en charge dans le cadre scolaire). Le document renseigné par le médecin est à mettre à jour chaque année scolaire et à remettre **dès le début d'année**.

Votre enfant a un PAI Oui Non

SUIVIS EXTERIEURS

Votre enfant suit-il une rééducation Oui Non

Si oui : Orthophoniste Psychomotricité Autres

Si autres précisez : -----

Date : -----

Signature du Père :

Signature de la Mère :