

ELEVE/ETUDIANT(E)

NOM : PRENOM : Classe :
 Né(e) le : N° Portable de l'élève :

PARENTS ou TUTEUR

NOM : PRENOM :
 Adresse :
 (Rue, code postal, commune)
 Tel Domicile :
 N° Portable du Père : N° Portable de la Mère :
 N° de Sécurité Sociale du responsable légal de l'élève : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 N° de Sécurité Sociale de l'élève : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Nom de votre mutuelle :

Si nous n'arrivons pas à vous contacter : INFORMATION OBLIGATOIRE

Merci d'indiquer les noms et n° de téléphone de deux personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :

NOM : Tel :
 NOM : Tel :

NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : Tel du Médecin :

Vaccinations : Date du dernier rappel antitétanique :

Date des 2 injections du vaccin **contre la rougeole** : /

INFORMATION MÉDICALE

- ☐ **Allergies** (médicamenteuses, alimentaires.....) : **laquelle** et traitement
- ☐ **Asthme** : traitement
- ☐ **Diabète** : traitement
- ☐ **Convulsions, Épilepsie** : traitement
- ☐ **Spasmophilie** : traitement
- ☐ **Antécédents chirurgicaux récents** :
- ☐ **Autres / Traitements**

SITUATION PARTICULIERE EN MILIEU SCOLAIRE

- ☐ **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** Pourquoi
- ☐ **Protocole d'urgence**. Pourquoi ?.....
- ☐ **Plan d'Aménagement Personnalisé (PAP)** Pourquoi ?
- ☐ **Projet Personnalisé de scolarisation (PPS)** Pourquoi ?.....
- ☐ **Aménagement aux épreuves d'examens** Pourquoi ?.....
- ☐ **Dispense totale ou partielle en EPS**. Pourquoi ?
- ☐ **Autre**

Si vous avez coché l'une de ces cases, merci de déposer le document signé dans l'espace Besoins Educatifs Particuliers (PAI, PPS, PAP, Notification MDPH, Dispense EPS, aménagements aux examens...)

DISPOSITIF « ORSEC-IODE »

Autorisez-vous le chef d'établissement ou le représentant du Lycée Saint Sauveur Redon à donner des comprimés d'iodure de potassium à votre fils/fille, à la suite du déclenchement du dispositif « ORSEC-IODE » par le préfet d'Ille et Vilaine

☐ Oui ☐ Non

AUTORISATION D'INTERVENTION D'URGENCE

Madame – Monsieur (NOM et Prénom) :

Responsable légal de (NOM et Prénom de l'élève) :

Autorise (autorisons) le Lycée, en cas d'accident ou de maladie grave, à faire appel à un médecin, ou à prendre les dispositions pour une hospitalisation ou pour une intervention chirurgicale. En cas d'impossibilité de me (nous) joindre par téléphone, ou si le temps presse, je dégage (nous dégageons) entièrement la responsabilité du chef d'établissement qui sera amené à prendre à ma (notre) place les décisions nécessaires.

Fait à : Le :

Signatures des parents ou tuteurs
la précédées de la mention
« Lu et Approuvé »

Signature de l'élève majeur, précédée de
la mention « Lu et Approuvé »

() Lorsque les deux parents sont titulaires de l'autorité parentale, ce document peut être signé par un seul d'entre eux, le parent signataire garantissant que le second titulaire de l'autorité parentale consent également à la présente adhésion.*

Document non confidentiel

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- *au service médical de l'établissement,*
- *aux services médicaux d'urgence,*
- *en tant que de besoin, aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés, et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)*

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Si vous souhaitez transmettre des informations **confidentielles** concernant la santé de votre enfant et afin de permettre à l'infirmier(e), d'adapter rapidement et au mieux les soins en cas d'urgence, merci de lui fournir ces renseignements sous enveloppe cachetée :

Infirmierie - Lycée Saint Sauveur Redon – 16 Place Saint Sauveur – 35600 REDON
Tel : 02 99 71 27 44 - Mail : infirmerie@lycee-saint-sauveur-redon.eu