



FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Je, soussigné,.....père, mère, tuteur (1)

Déclare que mon fils/ ma fille

· Nécessite

un suivi médical particulier (à préciser)

un traitement de longue durée (joindre une copine de l'ordonnance)

· Une demande d'aménagement d'épreuves dans le cadre du Brevet des Collèges ou du Bac Pro sera-t-elle envisagée ? Oui Non

· Porte des lunettes des lentilles un appareil dentaire

· Est allergique (à préciser) :

· Médecin traitant N° téléphone :

· Autorise le personnel de la Maison Familiale Rurale de Péronnas à intervenir en cas d'urgence pour assurer les premiers soins médicaux et pharmaceutiques à mon fils (fille) ou à faire intervenir les secours (SAMU, Pompiers, etc...)

· Autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas d'urgence pendant son séjour à la Maison Familiale Rurale de Péronnas

· Autorise M/Mme..... à prendre en charge, à ma place, mon fils (fille) si un retour en famille est à organiser au cours de la semaine de présence à la Maison Familiale Rurale de Péronnas.

Fait à le..... Signature :

(1) *Rayer la mention inutile*

