



## ETUDIANT(E)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe 2024/2025 : .....

## AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL ET D'INTERVENTION

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur légal <sup>(1)</sup> de l'étudiant(e), scolarisé(e) au lycée Bahuet, autorise l'administration du lycée à faire dispenser les soins reconnus nécessaires, à prendre le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence ou une hospitalisation.

➡ Je souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit admis <sup>(2)</sup>:

- ☐ au Centre Hospitalier de Brive la Gaillarde,
- ☐ à la Clinique Saint-Germain,
- ☐ à la Clinique des Cèdres.

➡ ☐ Je laisse l'administration **libre** de choisir le lieu d'hospitalisation.

Fait à ....., le .....  
Signature des représentants légaux :

## RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Adresse de la famille *(tout changement en cours d'année doit impérativement être signalé)* : .....

..... ☎ .....

Lieu de travail du père : ..... ☎ .....

Lieu de travail de la mère : ..... ☎ .....

Numéros de téléphone où l'on peut vous joindre en cas d'urgence : ☎ ..... ☎ .....

Voisin : Monsieur ou Madame : ..... ☎ .....

Membre de la famille : ..... ☎ .....

Nom du médecin de famille : Docteur ..... ☎ .....

Allergies éventuelles aux médicaments<sup>(3)</sup> : .....

.....

Traitement médical suivi<sup>(3)</sup> : .....

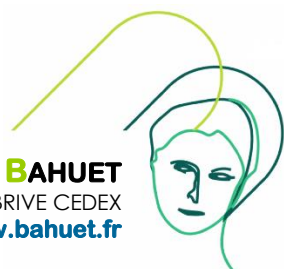
.....

<sup>(1)</sup> rayer la mention inutile

<sup>(2)</sup> cocher la case correspondante

<sup>(3)</sup> certificat à fournir dès la rentrée

➡ Document à compléter et à remettre impérativement avec la confirmation d'inscription.



## NOTE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS

*Dans l'intérêt de l'étudiant(e), ce questionnaire doit être rempli aussi soigneusement que possible.*

Changements intervenus récemment dans la famille : .....

Etablissement scolaire où l'étudiant(e) a passé la dernière visite médicale : .....

Adresse : .....

Année 20..... - 20 ..... en classe de : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ETUDIANT(E)

#### ① Vaccinations :

**Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé ou à défaut, un certificat médical daté de moins de 3 mois.**

#### ② Antécédents :

- accidents : .....

- opérations : .....

- infections chroniques : .....

- allergies : .....

#### ③ Est-il/elle porteur d'un Handicap<sup>(1) (3)</sup> :

- visuel : ☐ OD - ☐ OG

- auditif : ☐ OD - ☐ OG

- moteur (si oui, lequel ?) : .....

#### ④ Affection dont l'Etudiant(e) est atteint(e)<sup>(1) (3)</sup> :

☐ hémophilie - ☐ diabète - ☐ épilepsie - ☐ asthme - ☐ spasmophilie - ☐ troubles du comportement (nervosité, apathie)

- maladie cardiaque : .....

- maladie rénale : .....

- maladie pulmonaire : .....

- maladie digestive : .....

#### ⑤ Suit-il/elle un traitement<sup>(1) (3)</sup> : ☐ OUI - ☐ NON

- et si oui, lequel : .....

#### ⑥ Suit-il/elle une consultation spécialisée<sup>(1) (3)</sup> : ☐ OUI - ☐ NON

- et si oui, laquelle : .....

#### ⑦ Est-il/elle dispensé(e) d'Education Physique à l'année<sup>(1) (3)</sup> : ☐ OUI - ☐ NON

<sup>(1)</sup> cochez la case correspondante

<sup>(3)</sup> certificat à fournir dès la rentrée

Fait à ....., le .....

Signature des représentants légaux :

