



**JACQUES PREVERT**

*Etablissement Scolaire Privé*

*Garderie – Toute Petite Section -  
Petite section - Moyenne section - Grande section*

*Tél : 22 529 66 / 0 33 02 003 33*

*Email : jacquespreverttana@yahoo.fr*

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET**

**DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Classe : .....

Année scolaire : 202..... / 202....

Assurance médicale (nom et numéro) : .....

Frère(s) et sœur(s) dans l'établissement, et classe

.....  
.....  
.....

Renseignements médicaux (antécédents médicaux et chirurgicaux, maladie chronique, handicap ou maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire, allergies, traitement d'urgence, dispense de sport) :

.....  
.....  
.....  
.....

Renseignements complémentaires

.....  
.....  
.....

Traitement en cours :

.....  
.....

Si l'élève a un traitement à prendre régulièrement ou occasionnellement (asthme, migraine, allergie, urgence), **il convient de le déposer avec une ordonnance, auprès de la Responsable de site.**

Médecin traitant (nom et téléphone) :

.....

Vaccinations :

BCG (uniquement pour les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose) :

.....

DT polio ou Tétravax ou Repevax (date du dernier rappel) :

.....

URGENCE : En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté vers l'hôpital du choix des parents. Les frais encourus seront à la charge de la famille.

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Lieu d'hospitalisation en cas d'urgence :

Coordonnées de l'hôpital :

- Adresse : .....
- Téléphone : .....

### DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e).....,

autorise la directrice à prendre, en cas d'urgence toutes les décisions de transport, d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de mon enfant. Cette autorisation vaut, en particulier, en cas d'impossibilité de me joindre (ou de joindre mon conjoint) ou d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.

Fait à Antananarivo le...../...../202...

Signature du/des responsable/s de l'enfant :

(Préciser :  Père             Mère             Autre : .....) )