INSTITUTION
SAINT - LOUIS
1872
SAUMUR

Fiche Médicale

à compléter chaque début d'année scolaire

Nom en majuscule et prénom de l'élève

<u>Personne à prévenir en cas d'urgence :</u>

Nom, prénom / lien avec l'élève / téléphone portable (de préférence) de la 1ère personne

Nom, prénom / lien avec l'élève / téléphone portable (de préférence) de la 2eme personne

Nom, prénom / lien avec l'élève / téléphone portable (de préférence) de la 3eme personne

<u>Allergies connues :</u>

☐ Produits laitiers ☐ Arachides ☐ Gluten ☐ Œufs ☐ Autres (à préciser) :

Date du dernier vaccin BCG :

Date du dernier vaccin ROR :

Date du dernier vaccin DTPOLIO :

Date du dernier vaccin Hépatite B :

Lunettes de vue : ☐ Oui ☐ Non Lentilles de vue : ☐ oui ☐ Non

Appareil auditif : ☐ Oui ☐ Non Appareil Dentaire : ☐ Oui ☐ Non

Autres éléments à nous signaler :

Autorisation :

Je soussigné(e) :

Domicilié(e) :

Responsable de l'élève :

☐ Autorise les représentants de l'Institution Saint-Louis à procéder à son hospitalisation à l'hôpital de Saumur en cas d'urgence.

Coordonnées du médecin traitant :

Nom du médecin traitant :

Ville :

Téléphone :