

**AUTORISATION DE SOINS**

Je soussigné(e) (nom-prénom).....  
autorise mon fils, ma fille, à se rendre seul(e) en ville avec l'accord de  
l'administration de l'établissement pour une visite médicale, dentaire,  
radiologique ou de spécialiste...

Je déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, il sera fait appel  
au SAMU (15) et que le médecin régulateur des urgences décidera des  
mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant.

**Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.**

Signatures :

Père                      Mère                      Tuteur

**IMPORTANT : pour les internes exclusivement :**

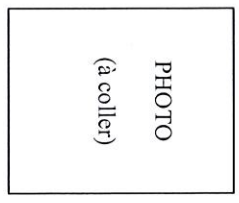
1) Le correspondant est autorisé à venir chercher l'élève à sa sortie de  
l'hôpital.

2) **L'élève devra être en possession de sa carte vitale (ou de la  
photocopie de l'attestation) et de la copie de la mutuelle.**

Fiche remplie le: ..... Année scolaire  
Classe:.....



LYCEE PROFESSIONNEL  
GERMAIN SOMMEILLER  
4 bis, Boulevard Taine - B.P. 322 - 74008 ANNECY  
☎ : 04.50.33.90.00  
Fax : 04.50.33.90.10



Interne     Demi-pensionnaire     Externe

Nom de l'élève : .....  
Prénom (s) : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

**Numéro de sécurité sociale du responsable légal:.....**

**Père :**

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Profession : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
Téléphone travail : .....

**Mère :**

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
Profession : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
Téléphone travail : .....

## Renseignements médicaux CONFIDENTIELS

Nom, adresse, numéro de téléphone du médecin traitant :

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

Votre enfant a-t-il eu des maladies contagieuses ?

- Oreillons: Oui / Non                      - Rougeole: Oui / Non  
- Hépatite(s): Oui / Non                    - Varicelle: Oui / Non

Fait-il des allergies ?                      Oui / Non

Si oui, à quoi ?

.....  
.....

Est-il traité ?                                Oui / Non

Si oui, merci de préciser le traitement:

.....  
.....

A-t-il des problèmes:

- De vue:                                      Oui / Non                      Si oui:    Lentilles / Lunettes/ Daltonisme...

- D'audition:                                Oui / Non / Prothèse auditive

- Statique:                                    Oui / Non                      Si oui: précisez:  
(problème dos, jambe...)

## Renseignements médicaux CONFIDENTIELS

Est-il pris en charge par:

- Psychologue:                                Oui / Non  
- Orthophoniste:                              Oui / Non  
- Psychomotricien:                            Oui / Non

Vous serait-il possible de nous donner tout renseignement qui pourrait nous aider à mieux accompagner votre enfant:

Dyslexie, dyscalculie, problèmes de concentration, épilepsie, traitement en cours, maladie particulière chronique:

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

Situation de famille particulière (maladie, handicap, séparation, décès...):

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