

DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE
DOCUMENT NON CONFIDENTIEL.

VALABLE TOUTE L'ANNEE SCOLAIRE POUR TOUTES LES ACTIVITES
SUR TEMPS SCOLAIRE.

Je (nous) soussigné(s) :

Nom et prénom du (des) responsables : _____

Adresse complète : _____

N° sécurité sociale : _____

Centre sécurité social & adresse : _____

Autorise(ons) l'anesthésie de notre enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il /elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nom, prénom de l'enfant _____

Date et Lieu de naissance : _____ à _____

Indications / contre-indication de traitement, allergies : _____

Date du dernier rappel antitétanique : _____

Observations particulières : _____

Nom & téléphone du médecin traitant :

Numéros de téléphone :

Domicile :

Liste rouge OUI NON Portable : _____ Fixe : _____

Travail :

Père Portable : _____ Fixe : _____

Mère Portable : _____ Fixe : _____

Relais possible, pouvant se déplacer rapidement en cas d'urgence :

Mme/ Mr : _____ Téléphone : _____

Santé – Soins : Important : L'école n'est pas habilitée à donner des médicaments aux enfants.

« **La prise de médicaments ne peut se faire que dans le cadre d'un Protocole d'Accueil**

Individualisé » (extrait des textes réglementaires)

La pharmacie de l'école se limite à des compresses, pansements, coussins réfrigérants et désinfectant.

Fait à _____ Le _____ Signatures :

ATTESTATION DE VACCINATIONS

Je soussigné(e) (Nom & Prénom) _____, déclare exacts les renseignements portés ci-dessous concernant mon enfant _____, certifie que l'enfant né(e) le _____ fréquentera l'Ecole Sainte Jeanne d'Arc à partir de _____.

NE PAS JOINDRE DE PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTE MAIS REMPLIR LE DOCUMENT.MERCI

VACCINS OBLIGATOIRES

Dates vaccinations :

Diphtérie.Tétanos.Polyomélite _____

Coqueluche* _____

Haemophilus Influenzae de type B* _____

Pneumocoque * _____

Méningocoque * _____

Rougeole, Oreillons, Rubéole* _____

*obligatoires pour les enfants nés en 2018 et après.

Autres vaccins

Les vaccins sont contrôlés en cours de scolarité par les services de P.M.I et de Santé scolaire

Fait à _____ le _____

Signatures :

A remplir dans le cas où les vaccins ne sont pas à jour.

Je soussigné(e) (Nom & Prénom) _____, m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant (Nom & Prénom) _____ dans les 3 mois ou à produire un certificat de contre-indication temporaire ou permanent.

Fait à _____ le _____

Signatures :

IMPORTANT

Contre-indications médicales : _____

Remarques : _____

L'école garantit la confidentialité de ce document.