

## L'ÉLÈVE - INTERNE :

Garçon  Fille

NOM :

Prénoms : (2 premiers obligatoires)

Classe : \_\_\_\_\_ (en septembre 2022)

Date de naissance :

| | | | |

Lieu de naissance :

Département / Pays :

Régime :

Interne scolarisé pour l'année scolaire 2024-2025 dans l'établissement de Saint-Joseph du Loquidy - La Salle

## FAMILLE - RESPONSABLES LÉGAUX :

**Responsable principal :**

Personne à contacter en priorité

Mère  Père  Autre

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville :

☎ portable : \_\_\_\_\_

☎ bureau : \_\_\_\_\_

☎ maison : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**Conjoint**

Mère  Père  Autre

NOM :

Prénom :

Adresse : (si différente du responsable)

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville :

☎ portable : \_\_\_\_\_

☎ bureau : \_\_\_\_\_

☎ maison : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

## N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DU RESPONSABLE LÉgal :

| | | | | | | | | |

## AUTRE PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE :

NOM : \_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ ☎ maison : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS DE L'ÉLÈVE :

Précisez lesquels et les dates :

**Maladie(s) :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accident(s) :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Intervention(s) chirurgicale(s) :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE :

Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Mère  Père  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'élève au Lycée Saint-Joseph du Loquidy - La Salle et interne sur l'ensemble Saint-Félix-La Salle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autorise le chef d'établissement à faire transporter mon enfant, à l'hôpital, en clinique ou chez un médecin en cas de maladie ou d'accident et à le faire opérer en cas d'urgence, lorsqu'il est sous la responsabilité de l'Ensemble Saint-Félix-La Salle.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature OBLIGATOIRE du responsable légal :**

## ACTUELLEMENT :

Maladies chroniques éventuelles :

Diabète  Asthme  Troubles cardiaques

Epilepsie  Allergies  Autres (précisez) :

Précisions :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres informations :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TRAITEMENT DE L'ÉLÈVE - INTERNE :

L'élève interne suit-il un traitement, dont la prise doit se faire sur le temps de l'internat :

OUI  NON

Si oui, lequel ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Merci de fournir obligatoirement une copie de l'ordonnance**

## AUTORISATION DE PRISE DE MÉDICAMENT SUR LE TEMPS DE L'INTERNAT :

### TRAITEMENT DE L'ÉLÈVE - INTERNE :

La responsable de l'internat et l'équipe éducative peuvent être amenés à donner des médicaments à votre enfant pendant le temps de l'internat. Pour des raisons de sécurité, les **élèves n'ont pas la possibilité de garder leurs médicaments sur eux.**

Autorise les éducateurs de l'internat à donner des médicaments à mon enfant

N'autorise pas les éducateurs de l'internat à donner des médicaments à mon enfant

Et certifie que mon enfant **n'a pas d'allergies aux médicaments suivants :**

Paracétamol

Arnica

Spasfon

désinfectant cutanée

Smecta