

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 2025-2026 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 :

AUTRE PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE :

NOM :

Prénom :

☎ portable :

☎ 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