

En cas d'accident ou de maladie, les responsables du Foyer s'engagent à prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

## FICHE « SANTE » CONFIDENTIELLE

Nom et prénom de la jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et Adresse Etablissement fréquenté : \_\_\_\_\_

Classe de l'élève : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Responsable de la jeune	Téléphone prof./maison	Téléphone portable
<b>Coordonnées de Monsieur</b> _____ (nom et prénom à préciser)	____.____.____.____.____	____.____.____.____.____
<b>Coordonnées de Madame</b> _____ (nom et prénom à préciser)	____.____.____.____.____	____.____.____.____.____

En cas d'urgence, une jeune accidentée ou malade est orientée et transportée par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital ou vers la clinique :

Hôpital ou Clinique : \_\_\_\_\_

Et la famille est immédiatement avertie par nos soins.

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE ou DE SOINS

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons la prise en charge de notre fille par les pompiers ou médecin d'urgence, en cas d'accident ou de maladie, nécessitant des soins d'urgence, voire une hospitalisation et donnons notre autorisation pour effectuer les soins nécessaires à l'état de santé de notre fille \_\_\_\_\_.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de Monsieur

Signature de Madame

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA SANTE :**

- **OBSERVATIONS PARTICULIÈRES** que vous jugez importantes de porter à la connaissance du Foyer et pouvant être utiles :

1. Maladies ou problèmes de santé de votre enfant et antécédents :

2. Allergies connues à :

3. Traitements en cours :

4. Précautions particulières à prendre :

- **MÉDECIN TRAITANT** :

Nom, adresse

---

---

---

Numéro de téléphone

---

- **ASSURANCES** :            **N° Carte Vitale** :

---

NOM et adresse Sécurité Sociale:

---

---

---

NOM et adresse Mutuelle:

---

---