



SAINT PIERRE FOURIER



ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

FICHE MEDICALE

Nom de l'élève : _____

Classe : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom - Prénom du représentant légal : _____

Adresse : N° : _____

Rue : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Nom et adresse médecin traitant : _____

Téléphone : _____

Important : pour des raisons de sécurité, en cas de traitement, les médicaments doivent être déposés auprès des enseignants avec l'ordonnance. Merci de votre compréhension.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION

Je soussigné(e) : M.- Mme Nom : _____

Prénom : _____

autorise en cas d'urgence, la Directrice de l'école privée Saint Pierre Fourier-Mirecourt, à faire hospitaliser mon fils - ma fille (rayer la mention inutile) Nom : _____ Prénom : _____ et à faire pratiquer les interventions urgentes et nécessaires. Le SAMU transporte l'élève accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté à la situation.

Je préférerais que mon fils - ma fille (rayer la mention inutile) soit hospitalisé dans l'établissement suivant :

LIGNE BLEU EPINAL

C.H.G. EPINAL

C.H.U. NANCY

Renseignements pouvant intéresser le médecin en cas d'hospitalisation ou intervention

A : _____

Le : _____

Signature du représentant légal



Ecole Saint Pierre Fourier
3 rue Sainte Cécile - 88 500 MIRECOURT
Tél: 03 29 37 02 74
ecole.st.pierre.fourier@cegetel.ncr
www.ecolesaintpierrefourier.fr

