

Je soussigné : _____

Responsable légal de _____ en classe de _____

AUTORISE la direction du collège de l'ASSOMPTION, ou son représentant, à **prendre toute mesure d'urgence concernant la santé de l'enfant**

Téléphone travail père : _____

Téléphone travail mère : _____

Téléphone portable père : _____

Téléphone portable mère : _____

Autre personne autorisée à venir chercher votre enfant en cas d'impossibilité de vous joindre :

Nom Prénom : _____ Liens de parenté _____

Téléphone : _____ / _____

Nom du médecin traitant : _____

Téléphone : _____

☐ Votre enfant a-t-il une maladie / pathologie traitée ? Si oui, merci de préciser la pathologie et son traitement médical : _____

☐ Votre enfant a-t-il des allergies ou intolérances MEDICAMENTEUSES ? • Oui • Non
Si oui, merci de préciser : _____

☐ Votre enfant a-t-il des allergies ou intolérances ALIMENTAIRES ? • Oui • Non
Si oui, merci de préciser : _____

**Pour toutes allergies alimentaires un P.A.I. doit être mis en place.
Le traitement d'urgence doit être remis à l'infirmerie avec l'ordonnance.**

☐ Votre enfant a-t-il des allergies ou intolérances AUTRES ? • Oui • Non
Si oui, merci de préciser : _____

**En fonction de l'allergie (exemple piqure de guêpe),
merci de rentrer en contact avec l'infirmière afin d'établir un P.A.I. et
de fournir le traitement d'urgence avec l'ordonnance.**

☐ Votre enfant est-il asthmatique ? • Oui • Non
Si oui, a-t-il un traitement d'urgence ou de fond ? • Oui • Non

**Tout enfant asthmatique ayant un traitement doit avoir un P.A.I.
Un traitement de secours doit être mis à l'infirmerie avec l'ordonnance.**

☐ Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour ? • Oui • Non
Autorisez-vous votre enfant à prendre du doliprane à l'infirmerie en cas de douleurs, fièvre ?
• Oui • Non

☐ Autorisez-vous votre enfant à prendre un comprimé de spasfon 80 mg en cas de douleurs abdominales ?
• Oui • Non

☐ Autorisez-vous votre enfant à prendre des pastilles Strepsil en cas de mal de gorge? Oui Non

☐ Votre enfant a-t-il déjà opéré / hospitalisé ? Si oui, merci de préciser (dates, motif, durée) : _____

Observations ou informations importantes à nous transmettre : _____

Veuillez noter que tout traitement présent dans le sac de votre enfant, même transitoire doit être remis à l'infirmerie et pris à cet endroit.

Date : _____

Signature : _____