



Dossier médical internat

2019/2020

Nom :

Prénom :

Niveau demandé :

Classe 2019/2020 :

Téléphone Elève :



la photo

Afin de compléter le dossier médical de votre enfant, nous vous demandons de remplir les documents ci-joint, et de fournir toutes les pièces justificatives demandées.

Renseignements médicaux

Nous vous rappelons qu'il est interdit d'avoir des médicaments dans les dortoirs. Tous traitements (même ponctuels) doit être remis à l'infirmierie accompagnés d'une ordonnance afin qu'il puisse être dispensé. Merci.

	OUI	NON
Votre enfant est-il atteint d'une maladie ? Laquelle ?		
Présente-t-il une allergie à un médicament, un aliment, un produit particulier ? Lequel/ lesquels ?		
Suit-il un traitement régulier ? Fournir une ordonnance récente ainsi que le traitement à l'infirmierie.		
Est-il suivi par un spécialiste (kinésithérapeute, psychiatre, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, endocrinologue...)? Lequel/ lesquels ?		
Depuis combien de temps ?		
A-t-il subi une intervention chirurgical récente ? Laquelle ?		
Porte-t-il des lunettes ?		

RAPPEL : LE CORRESPONDANT DOIT POUVOIR VENIR CHERCHER L'ELEVE A TOUS MOMENTS (de jour comme de nuit).



Documents à fournir (obligatoire)

- ❖ Certificat médical de bonne santé ci-joint dument rempli
- ❖ Autorisation d'intervention chirurgicale ci-jointe dument remplie
- ❖ Copie du carnet de vaccinations à jour pour les nouveaux internes

NB : 1° : Le rappel DTP (diphthérie, tétanos, polio) doit se faire **tous les 5 ans.**

2° : Votre enfant doit avoir reçu **2 vaccinations ROR** (rougeole, oreillons, rubéole) avant ses 12 ans.

LES INFIRMIERES SE TIENNENT A VOTRE DISPOSITION POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES AU NUMERO SUIVANT : 58.555.633

**Certificat médical (faire compléter par le médecin
traitant)**

Je soussigné, Docteur.....à.....
certifie que
est en bonne santé, qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse, ni d'affection l'empêchant
de suivre le régime normal de l'internat.

A.....le..... Cachet et signature

Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné, M / Mme.....père, mère, tuteur légal de
l'élèvede.....
autorise l'administration de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles
pour une intervention chirurgicale d'urgence ou pour une hospitalisation.
Je souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit admis à
l'hôpital / la clinique
se situant

A.....le..... Signature