

- Est-il ou a-t-il été pris en charge par :
un orthophoniste : oui non
un psychologue ou psychiatre : oui non
un psychomotricien : oui non

autre

- Nom du dernier établissement scolaire fréquenté et
adresse précise :

.....

.....

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e), (*Nom – Prénom*)

.....

autorise mon fils, ma fille, à se rendre seul(e) en ville avec
l'accord de l'administration de l'établissement pour une visite
médicale, dentaire, radiologie, spécialiste ...

Je déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, il sera
fait appel au SAMU (15) et que le médecin régulateur des
urgences décidera des mesures les plus appropriées à l'état de
mon enfant.

Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.

Signatures :

Père

Mère

Tuteur

FICHE DE SANTÉ

Transmettre cette fiche à l'infirmière sous enveloppe cachetée
en notant « *confidentiel – fiche de santé* »

Document soumis au secret médical et professionnel

Fiche remplie le :

Année scolaire 2023/2024

Classe : **BTS PIM**

LYCÉE DES MÉTIERS TOM MOREL
BP 26- CRAN GEVRIER
74960 ANNECY

☐ ½ pensionnaire

☐ externe

Nom de l'étudiant

Prénom

Date de naissance

Père :

Nom, prénom

Adresse

.....

Profession

Mère :

Nom, prénom

Adresse(si différente)

.....

Profession.....

A-t-il un trouble du langage oral ou écrit (dyslexie...) ?