

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Suivis des soins actuels ou antérieurs :

Orthophonie :

- oui
 non

Si oui, quelle année : _____

Psychomotricité :

- oui
 non

Si oui, quelle année : _____

Psychologie :

- oui
 non

Si oui, quelle année : _____

Psychiatrie :

- oui
 non

Si oui, quelle année : _____

Suivis médicaux actuels ou antérieurs :

Asthme :

- oui
 non

nom du médecin faisant le suivi : _____

Épilepsie :

- oui
 non

nom du médecin faisant le suivi : _____

Problèmes dermatologiques :

- oui
 non

nom du médecin faisant le suivi : _____

Autres maladies, précisez : _____

Hospitalisations, interventions chirurgicales précisez : _____

Les derniers suivis :

Le dernier RDV dentaire : _____

Le dernier RDV ophtalmologique : _____

Allergies – votre enfant présente-t-il des allergies ? :

- oui
 non

Si oui, lesquelles : _____

Traitement – votre enfant prend-t-il un traitement ? :

- oui
 non

Si oui, merci de nous donner une photocopie de l'ordonnance.

Informations à renseigner au dos

FICHE Autorisation d'Hospitalisation

Année 2021-2022

Je soussigné, NOM - Prénom _____

représentant légal de NOM - Prénom _____

autorise, la direction de l'IME de Moulins à faire pratiquer sous contrôle médical les vaccinations obligatoires, et en cas d'urgence, tout transport ambulancier, toute hospitalisation (entrée et sortie) et toute intervention chirurgicale ou soin médical.

Je m'engage, en outre, à payer les factures concernant les soins, les médicaments, les lunettes, les prothèses, les appareils orthopédiques, etc... nécessaire à la santé de mon enfant.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit.

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signatures des responsables légaux :

Mère

Père