ANNEE 2023-2024

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 :

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 transmettre une photocopie de l'ordonnance.

Informations à renseigner au dos

FICHE Autorisation d'Hospitalisation

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 : _____

Signatures des responsables légaux :

Mère Père