

# Institution ST HILDEVERT

*Ecole - Collège*

B.P. 113 - 3, Boulevard Montmorency  
76220 GOURNAY EN BRAY  
tél. : 02 35 90 02 70  
fax. : 09 72 13 47 49  
mail : [accueil@sthild.fr](mailto:accueil@sthild.fr)

*Circulaire du 20 novembre 1963*

## **SECURITE DES ELEVES**

Nom du responsable légal principal : .....

Adresse : .....

N° de téléphone permettant de le prévenir : .....

N° Matricule S. S. : .....

Caisse S. S. ....

Nom et prénom de l'élève : .....

### **DECLARATION DES PARENTS :**

En cas d'accident ou de malaise grave survenant à mon enfant : .....

Je désire que soit appelé le médecin suivant :

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

En l'absence de ce médecin, j'autorise le Chef d'établissement, le personnel ou les enseignants à faire appel à un autre médecin.

En cas d'urgence, si on ne peut m'atteindre par téléphone, ou si le temps presse, j'autorise le Chef d'établissement, le personnel ou les enseignants à prendre à ma place les décisions nécessaires (par exemple : transport vers un hôpital ou une clinique). De préférence je demande que ce soit vers :

l'hôpital de : .....

la clinique : .....

En cas d'impossibilité d'obtenir un tel transport par ambulance, je dégage entièrement la responsabilité du Chef d'établissement, du personnel ou de l'enseignant qui pourrait être amené à effectuer ce transport.

à ....., le .....

Signature du responsable légal :

**PARTICULARITES MEDICALES A SIGNALER : (voir au verso)**

**SANTE :**

1) Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ?

OUI ( ) NON ( )

Si OUI, lesquels ? Précisez S.V.P. :

.....  
.....

2) Votre enfant est-il diabétique ?

OUI ( ) NON ( )

Si OUI est-il en traitement actuellement ? Lequel ?

.....  
.....

3) Votre enfant fait-il des crises ou des malaises ?

OUI ( ) NON ( )

Précisez de quelles sortes ?

.....  
.....

4) Votre enfant est-il dispensé pour l'année de sport ou de piscine ?

*(fournir obligatoirement un certificat médical)*

OUI ( ) NON ( )