

DECHARGE MEDICALE



DÉCHARGE MÉDICALE - ELEVE

À remplir pour tous les demandeurs

Civilité : _____ Nom et prénom : _____ , responsable légal

de l'enfant :

autorise
n'autorise pas

l'EMILA ou la personne désignée à prendre toutes les mesures qui s'imposent, y compris l'hospitalisation si nécessaire

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Nom de la personne à prévenir :

Coordonnées de la personne à prévenir :

PRECISIONS MEDICALES

Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente t'il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales :

Non
Oui Lequel :

Le mineur dispose t'il d'un P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) :

Non
Oui (En cas de réponse positive, joindre obligatoirement le P.A.I)

A _____ le _____

Signature du représentant (Élève majeur ou responsable légal)