



Lycée Blaise Pascal
B.P 8193 - 98807 NOUMEA CEDEX
Tél. 26.16.66 - Fax. 26.29.11
Mail : sec1.lyc.bpascal@ddec.nc

INFIRMERIE

FEUILLE DE RÉINSCRIPTION POUR 2017

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e).....

PÈRE MÈRE TUTEUR LÉGAL de l'élève,

Nom : Prénoms (2) :

Date de naissance : Lieu : Classe :

→ Donne l'autorisation de pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état.

→ L'établissement pourra organiser son transport (ambulance, SAMU...) vers le C.H.T., après avoir contacté le représentant légal.

→ Si vous faites le choix d'un autre établissement de soin, veuillez le préciser, merci.

Nom de la clinique :

→ Indiquez si Allergies : Traitement :

→ Handicap : (joindre une attestation médicale)

Moteur Visuel Auditif Autre :

Port de lunettes OBLIGATOIRE : Oui Non

RASÉ ORTHOPHONIE PSYCHOLOGIE PAI
(Si oui, copie du collègue)

Observations que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'infirmier :

Date et signature (précédée de « Lu et approuvé ») :

NOUVELLES COORDONNÉES

Parents ou tuteur légal :

Adresse :

Profession : Lieu de travail :

Téléphone : Domicile Mobilis Travail

Correspondants (pour les Internes) :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone : Domicile Mobilis Travail