

FICHE MEDICALE ET AUTORISATION D'HOSPITALISATION

**Aucun médecin local n'est rattaché à l'Établissement.
Les problèmes médicaux sont obligatoirement traités par la famille.
Aucun médicament ne sera donné aux élèves par la MFR.**

Nom et Prénom de l'élève :

Classe :

Né(e) le : à :

**Remarques particulières concernant la santé
(allergie alimentaire ou médicamenteuse, asthme,...)**

Justificatifs médicaux à fournir obligatoirement

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e) (Nom / prénom du représentant légal).....
Autorise la Direction de la MFR ou ses représentants à appeler les services d'urgences auprès de mon enfant
et autorise, en cas d'urgence, son hospitalisation et éventuellement toutes opérations, y compris
chirurgicales, nécessitées par son état.

A..... Le

Signature :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec le jeune :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. personnel : Tél. professionnel :

Les informations recueillies ici sont nécessaires pour l'inscription de l'élève et le bon suivi de son apprentissage. Elles font l'objet de traitements informatisés et de mesures de protection adéquates. Elles sont destinées à la MFR Coublevie et ses partenaires dans le cadre de ses actions pédagogiques. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer vos droits, veuillez-vous adresser au Délégué à la Protection des Données de la MFR Coublevie.)