

FICHE MÉDICALE

Pour information, l'établissement scolaire n'est pas autorisé à délivrer un médicament à votre enfant (quel qu'il soit).

Merci d'annexer les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné,

M. Mme (nom et prénom) :

Responsable légal de :

élève à l'ISETA autorise(nt) l'Etablissement à faire pratiquer à mon fils (ma fille) tous les soins ou interventions chirurgicales que nécessiterait son état en cas de maladie ou d'accident.

Fait à le Signature

L'Etablissement s'engage à contacter le plus rapidement possible la famille. Cette autorisation est étendue aux périodes de stage obligatoire.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Melle, M.

et déclare qu'il (elle) est apte à :

- Participer aux activités sportives et aux sorties scolaires.
- Sans réserve
- Avec les réserves suivantes :

L'utilisation des machines dites dangereuses se fera selon le respect de la législation en vigueur et avec toutes les garanties requises.

Fait à le

Cachet du Médecin

Signature