



DOSSIER MÉDICAL

Anciens élèves

(Confidentiel médical)

Ce dossier est à remplir et à envoyer, seulement en cas de changement de coordonnées, de correspondants, de médecin traitant et/ou d'état de santé de votre enfant.

Merci d'envoyer ce dossier à l'adresse suivante ou de le déposer à l'antenne médical à la rentrée scolaire :

14^{ème} Antenne médicale

Lycée militaire

2 avenue Jean Jaurès

78210 SAINT CYR L'ECOLE



DOCUMENT 1 : REPRESENTANTS LEGAUX ET CORRESPONDANTS

ÉLÈVE

Nom : Prénom :
Date de naissance : lieu de naissance (avec le code postal).....
Département de naissance :
N° de téléphone portable personnel :
Email personnel :
N° de sécurité sociale :
Nom de la caisse de sécurité sociale :
Nom de la Mutuelle : N° de la Mutuelle :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ professionnel :	☎ professionnel :
@mail :	@mail :
Situation familiale :	Situation familiale :

CORRESPONDANTS LOCAUX A PRÉVENIR

Correspondant 1	Correspondant 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ professionnel :	☎ professionnel :
@mail :	@mail :
Lien de parenté :	Lien de parenté :



DOCUMENT 2 : ATTESTATION D'ENGAGEMENT

Les responsables légaux des élèves mineurs :

- résidant hors de la France métropolitaine ou hors de la région parisienne doivent obligatoirement désigner au minimum un correspondant âgé de plus de 25 ans s'engageant à rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, et en capacité d'assurer la prise en charge immédiate de l'élève ;
- résidant en région parisienne s'engagent, à rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, pour assurer la prise en charge immédiate de l'élève ou désignent au minimum un correspondant âgé de plus de 25 ans en capacité d'agir en leur nom.

La personne identifiée peut changer en cours de scolarité dès lors que ce changement est notifié par écrit au lycée.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je, soussigné M.⁽¹⁾, Mme⁽¹⁾ :
(nom et prénom du responsable légal ou du correspondant désigné par le responsable légal)

Demeurant à l'adresse suivante :
.....

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

Courriel : @

Déclare agir comme responsable légal⁽¹⁾ ou correspondant⁽¹⁾, de M.⁽¹⁾, Mlle⁽¹⁾ :
(nom et prénom de l'élève)

Et m'engage :

1. A l'héberger :
 - en cas de maladie ;
 - en cas d'exclusion temporaire, partielle ou définitive ;
 - pendant les périodes de fermeture du lycée, s'il ne peut pas retourner au domicile familial.
2. A l'accompagner et/ou le récupérer :
 - lors d'une consultation spécialisée ;
 - lors d'une hospitalisation.

A ce titre, je dois être joignable quels que soient le jour et l'heure afin de rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, pour une prise en charge immédiate de l'élève et j'atteste disposer de l'espace d'hébergement nécessaire pour l'accueillir dans de bonnes conditions.

Nota. Tout manquement dans l'engagement du responsable légal ou du correspondant (désigné par le responsable légal) pendant l'année scolaire, remettra en cause la poursuite de la scolarité de l'élève au sein de l'établissement.

Fait à le
Signature du représentant légal⁽²⁾⁽³⁾ :

Fait à le
Signature du correspondant :

(1) Rayer la mention inutile

(2) Signature des 2 parents s'ils ont la garde partagée

(3) Signature(s) obligatoire(s) même si correspondant désigné



DOCUMENT 2 : ATTESTATION D'ENGAGEMENT

Les responsables légaux des élèves mineurs :

- résidant hors de la France métropolitaine ou hors de la région parisienne doivent obligatoirement désigner au minimum un correspondant âgé de plus de 25 ans s'engageant à rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, et en capacité d'assurer la prise en charge immédiate de l'élève ;
- résidant en région parisienne s'engagent, à rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, pour assurer la prise en charge immédiate de l'élève ou désignent au minimum un correspondant âgé de plus de 25 ans en capacité d'agir en leur nom.

La personne identifiée peut changer en cours de scolarité dès lors que ce changement est notifié par écrit au lycée.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je, soussigné M.⁽¹⁾, Mme⁽¹⁾ :
(nom et prénom du responsable légal ou du correspondant désigné par le responsable légal)

Demeurant à l'adresse suivante :
.....

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

Courriel : @

Déclare agir comme responsable légal⁽¹⁾ ou correspondant⁽¹⁾, de M.⁽¹⁾, Mlle⁽¹⁾ :
(nom et prénom de l'élève)

Et m'engage :

1. A l'héberger :
 - en cas de maladie ;
 - en cas d'exclusion temporaire, partielle ou définitive ;
 - pendant les périodes de fermeture du lycée, s'il ne peut pas retourner au domicile familial.
2. A l'accompagner et/ou le récupérer :
 - lors d'une consultation spécialisée ;
 - lors d'une hospitalisation.

A ce titre, je dois être joignable quels que soient le jour et l'heure afin de rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, pour une prise en charge immédiate de l'élève et j'atteste disposer de l'espace d'hébergement nécessaire pour l'accueillir dans de bonnes conditions.

Nota. Tout manquement dans l'engagement du responsable légal ou du correspondant (désigné par le responsable légal) pendant l'année scolaire, remettra en cause la poursuite de la scolarité de l'élève au sein de l'établissement.

Fait à le
Signature du représentant légal⁽²⁾⁽³⁾ :

Fait à le
Signature du correspondant :

(1) Rayer la mention inutile

(2) Signature des 2 parents s'ils ont la garde partagée

(3) Signature(s) obligatoire(s) même si correspondant désigné



DOCUMENT 3 : QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
(CONFIDENTIEL MEDICAL)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

SANTE ACTUELLE

Avez-vous été gravement malade depuis 1 an ?
Si oui précisez :

Avez-vous un traitement médical actuellement ?
Si oui précisez :

MEDECIN TRAITANT

NOM - Prénom	
Adresse	
Tel - Courriel	

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)

Pour les élèves ayant une pathologie nécessitant un traitement d'urgence, vous devez prendre RDV auprès de votre médecin ou spécialiste afin de faire remplir un le dossier P.A.I.

Informations complémentaires

Informations complémentaires sur votre santé que vous estimez nécessaires de porter à la connaissance de l'antenne médicale :

.....
.....
.....
.....
.....

A....., le

Signature du représentant légal 1
(obligatoire)

Signature du représentant légal 2
(obligatoire)

Signature de l'élève
(obligatoire)