

**FICHE MEDICALE 2026-2027**[illegible]

Autorise l'INJS à :

- ☐ **En cas d'urgence, à prendre toutes les mesures utiles sur le plan médical, si l'état de santé de l'élève le nécessite**

Après avoir informé la famille, autorise l'INJS à :

- ☐ **Hospitalisé mon enfant**
- ☐ **Donner un traitement médical**
- ☐ **Effectuer un vaccin ou un rappel de vaccination**
- ☐ **Toutes interventions demandées par le service médical**

- **Vaccinations**

☐ BCG

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Dernier rappel du vaccin Diphtérie-Tetano-Polio (DTP)

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Autres vaccinations

Vaccin	Date

- **Maladies**

- **Interventions chirurgicales**

Intervention	Date

- **Allergies**

- **Traitements médicaux**

Les renseignements (ou documents) confidentiels sont à transmettre sous pli fermé ou par mail medical@injs-paris.fr à l'attention du médecin ou de l'infirmière.

En signant ce document, les responsables de l'élève s'engagent à transmettre toute information utile au service médical (traitement en cours avec ordonnance, résultats d'examens et tout compte rendu médical...).

OBLIGATOIRE

Signature du Responsable 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre :

OBLIGATOIRE

Signature du Responsable 2

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre :

Merci de remplir tout le document et de signer avant de nous le renvoyer