

# AUTORISATION D'OPERER

**Je soussigné :NOM** .....

**Prénom** :.....**Vini** :.....

**Père-Mère-Tuteur/Tutrice**

**De l'enfant : NOM** :.....

**Prénom** :.....**Classe** :.....

**Date de naissance** :...../...../.....

**AUTORISE**

**N'AUTORISE PAS**

les médecins de l'hôpital d'Uturoa, à pratiquer tout acte, y compris une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, nécessités par l'état de santé de mon enfant.

**Fait à** ..... **Date** :...../...../.....

**Signature des parents ou du responsable légal** :

# PARAU FA'ATIA I TE TAOTE NO TE TAPU I TE MAI

**O vau o** :.....**Vini**.....

**Papa/Mama/Metua haapa'o no te tamarii**

**Te ioa o tetamarii** .....**Piha**.....

**Fanauhia i** :...../...../.....

**TE FAATI'A NEI AU** ,  **AITA VAU E FAATI'A**

i te mau taote no te fare ma'i no Uturoa, ia rapa'au, e tae noa'tu i te tapuraa i te mai, ma te fa'atooto, i ta'u tamarii, iau i te huru i ni'a iho ia'na.

**Nota** :.....

**Tarimahia i** :..... **I te** :...../...../.....

(Tarimara'a na te mau metua i fanau e aore ra, na te metua ha'apa'o fa'anahohia e te ture )

## ELEVES INTERNES

**Nom du correspondant** :.....

**Tel / vini** :.....

**Adresse** :.....

Joindre la copie de la carte CPS ( Elève )

1ERE INSCRIPTION

Lycée des îles sous le vent

# FICHE INFIRMERIE

 Classe :.....

**NOM** :..... **EXT**  **DP**  **INT**

**Prénoms** :.....**Vini** :.....

**Sexe** : F  M  **Etab. précédent** :.....**Classe** :.....

**Date de naissance** :.....**Lieu** :.....

**DN CPS**.....**RNS**  **CPS**  **RST**  **RSS**

**Responsable légal** :.....**Vini** :.....

**Adresse** :.....**BP** :.....

**Tel.dom** :..... **Tel. bur** :.....

**Mail** :.....

**Autres personnes à contacter** :.....**Vini** :.....

**Adresse** :.....

**Tel.dom** :..... **Tel.bur** :.....

**Médecin traitant** : Dr.....

**Antécédents médicaux** : **Asthme**  **Diabète**  **Otite**

**CARDIO**  **RAA**  **Epilepsie**  **Vision**

**Autre** :.....

**Traitement en cours** :.....

**Allergies connues** :.....

**Dispense de sport** :  **P.A.I**  **P.A.P**  **P.P.S**

(Joindre certificat médical)

**SI MINEUR(E) AUTORISATIONS OUI NON**

**Hospitalisation** (en cas d'urgence)

**Sorties non accompagné pour soins**

(dispensaire, dentiste, CPS, Pharmacie)

**Signature des responsables** :

**Date** :...../...../.....2020

**POUR LES VACCINS**

**S'ADRESSER AU DISPENSAIRE DE L'ILE AVEC SI POSSIBLE LE CARNET DE SANTE DE L'ELEVE .**

NOM : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : .....

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES :**

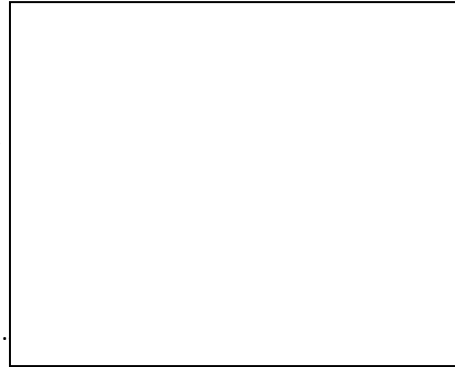
D.T.P à jour jusqu'au.....

HEPAT B à jour jusqu'au.....

ROR à jour jusqu'au.....

VACCIN RESTANT : .....

A REVOIR AU DISPENSAIRE LE: .....



( Dans le cadre / Tampon du dispensaire)

DATE : ...../...../.....

Large empty rectangular area for additional notes or information.