

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)

REINSCRIPTION

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