

1 – ENFANT

NOM : PRÉNOM.....

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	Oui	Non	Dates des Derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui fait-il l'objet d'un P.A.I. ? oui non

Aucun médicament ne pourra être pris sans P.A.I.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

POUR LA SÉCURITÉ DE VOTRE ENFANT, L'ÉCOLE DOIT ÊTRE INFORMÉE DES PROBLÈMES DE SANTÉ QUI PEUVENT NÉCESSITER UNE INTERVENTION D'URGENCE PARTICULIÈRE À L'ÉCOLE (ALLERGIE SÉVÈRE, DIABÈTE OU AUTRE).

DIABÈTE oui non

ALLERGIES :

ASTHME : oui non MÉDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES : oui non AUTRES.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) En précisant les **DATES** et les **PRÉCAUTIONS À Prendre**.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte : LENTILLES, LUNETTES, PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES, etc.. PRÉCISEZ.

.....

5 - NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signatures :

6- SUIVI DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il été suivi par un ou plusieurs spécialistes : si oui, complétez :

	Nom	Adresse et Tel	Dates du suivi (avec coupures éventuelles)
Orthophoniste			
Psychomotricien			
Pédopsychiatre			
Psychologue			
Autre			

Est-il encore suivi actuellement ? précisez :

Fonction	Nom	Adresse et Tel	Jour et Horaire(s) du suivi

Autorisez-vous l'école à contacter le(s) spécialiste(s) ? Oui Non

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgences, vers l'hôpital le mieux adapté. Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons

l'anesthésie de notre enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il (elle) aurait à subir une intervention chirurgicale.

LUNETTES

Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter : en permanence en classe uniquement

AUTORISATIONS « PHOTOS ET VIDEOS »

J'autorise l'école à utiliser dans le cadre pédagogique des photos et/ou vidéos prises au cours des activités scolaires. (Journal, site de l'école, affichages de classes, vente de photo de classe, presse locale, manifestations organisées par l'école). OUI NON

AUTORISATION DE SORTIE DE L'ETABLISSEMENT

Nous, soussignés, parents de

En classe de autorisons l'école à laisser sortir notre enfant seul et non accompagné après les cours. Veuillez cocher dans le tableau ci-dessous les temps de la semaine où les sorties seul sont autorisées.

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
MIDI (12h00)				
SOIR (16h30)				
APRES LA GARDERIE				

Date :

Signatures des parents :