



Nom de l'enfant:  Prénom de l'enfant:   
 Date de naissance:  Classe:  Sexe: F  M

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**

NOM Prénom	Numéro de téléphone	Lien avec l'enfant

**Renseignements médicaux** Médecin traitant (nom et téléphone):

**VACCINATIONS:** (si l'enfant n'a pas de vaccins, joindre un certificat médical de contre-indication)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		ROR	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Hépatite B	
		Autres (préciser)	

**AUTRES RENSEIGNEMENTS:**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'école ? Oui  Non

Si oui, lequel ?

	Précisez
Allergie alimentaire ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Allergie médicamenteuse ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Asthme ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

*Indiquez les problèmes de santé, les contre-indications ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les précautions à prendre (ex: dispositif médical) :*

**En cas de prise de médicaments pendant les heures de présence au restaurant scolaire ou à l'APS, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice). Sans ordonnance, le personnel communal n'autorisera pas un enfant malade à suivre son traitement.**

Je soussigné(e), ....., représentant légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel communal à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.