



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.