



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.**

**Pour les allergies ou intolérances, fournir obligatoirement un certificat médical ou une copie du carnet de santé. La mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est fortement conseillé pour les allergies**

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.

Fait à....., Le.....SIGNATURE