

3/ ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT SOIT PRIS EN PHOTO ? OUI NON

4/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée? OUI NON

Si oui, lequel :

Dans ce cas, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES : (rayer la mention inutile)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	

ALLERGIES : (rayer la mention inutile)

ASTHME : OUI - NON ALIMENTAIRES : OUI - NON MEDICAMENTEUSES : OUI - NON

AUTRES (Préciser) :

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

Si l'enfant présente une allergie connue, une ordonnance du médecin traitant indiquant la prescription médicale et la conduite à tenir en cas de crise devra être obligatoirement fournie.

TOUTE ALLERGIE RELEVANT D'UN TRAITEMENT MEDICAL DEVRA FAIRE L'OBJET D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUEL (PAI) AUPRES DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE DE VOTRE ENFANT.

5/ AUTORISATION PARENTALE DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

ADRESSE :

Tél dom. et Portable : Tél. Bur. :

NOM et Tél. du MEDECIN 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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

6/ J'ATTESTE AVOIR RECU, LU ET APPROUVE LE REGLEMENT INTERIEUR

DATE : SIGNATURE :