

(Toute modification apportée à cette fiche doit être signalée.)

ENFANT NOM _____ Prénom _____ Sexe M F

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° de sécurité sociale et adresse du centre :

Renseignements médicaux

Médecin traitant :

Téléphone :

Médecin spécialiste :

Téléphone :

Groupe sanguin de l'enfant :

Vaccinations

Date du dernier rappel antitétanique :

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

rubéole varicelle angine coqueluche

otite scarlatine oreillons rougeole

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire ou autre ?

Précisez.....
.....

A-t-il des contre-indications médicamenteuses ?

Précisez.....
.....

Accident

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **au moins un numéro de téléphone.**

1) Nom : Prénom : ☎ :

2) Nom : Prénom : ☎ :

3) Nom : Prénom : ☎ :

4) Nom : Prénom : ☎ :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Fait àle2021
(Signatures)