

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

*Merci de bien vouloir compléter cette fiche avec le plus grand soin :
c'est elle qui nous permettra d'intervenir vite et avec efficacité en cas d'urgence*

NOM de l'enfant :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance : **Pays de naissance :**

Classe : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2
(année prochaine)

Coordonnées des parents :

Mère

Adresse
.....

① **Portable**

☎ **travail**

☎ **Domicile**

Père

Adresse (si différente) :
.....

① **Portable**

☎ **travail**

☎ **Domicile**

**Autre n° de téléphone auquel l'école pourrait joindre un autre membre de la famille en cas
d'absence des parents :** **Nom de la personne :**

Médecin traitant : ☎

Vaccinations :

Dates du BCG ----- **tests** -----

Dates du DTP -----
ou photocopie du carnet de santé

Allergies (écrire en rouge) :
.....

Je soussigné, -----, responsable de l'enfant -----
autorise l'école Saint-François à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport,
d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de mon enfant.

Fait à -----, le -----

*Signature du Père ou de la Mère ou de la personne
responsable de l'enfant*

Remarques particulières :
.....
.....

L'enfant est-il suivi par un spécialiste :

Orthophoniste : Nom : Téléphone :
Adresse :

Depuis le :

Psychologue : Nom : Téléphone :
Adresse :

Depuis le :

Pédopsychiatre : Nom : Téléphone :
Adresse :

Depuis le :

Psychomotricien : Nom : Téléphone :
Adresse :

Depuis le
.....

Autres :
.....
.....