

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 représentants légaux :

Représentant légal 1

Adresse
.....

① **Portable**

☎ **travail**

☎ **Domicile**

Représentant légal 2

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 représentants légaux :** ☎

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 ou des représentant(s) légal(aux)

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 :

.....
.....