# **Fiche médicale et renseignements pratiques**

## Nom et prénom de l’enfant : …………………………………………………………………………

Nom et n° de téléphone du médecin traitant : …………………………………………………….

Veuillez noter (par ordre de priorité) le nom et le n° de téléphone des personnes proches de l’enfant afin de pouvoir joindre l’une d’entre elles en cas de problème :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | N° de téléphone | Qualité |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant est-il suivi pour une maladie  Si oui, laquelle ? ………………………………………………………………….. | OUI – NON |
| Votre enfant est-il en ordre de **vaccination** « tétanos » ?  Dernier rappel le ……………………………………. | OUI – NON |
| **Votre enfant est-il :** | |
| * sensible aux refroidissements ? | OUI – NON |
| * vite fatigué ? | OUI – NON |
| * incontinent ? | OUI – NON |
| **Votre enfant est-il allergique ?** | |
| - aux médicaments ? Si oui, lesquels ? | OUI – NON |
| - à certains aliments ? Si oui, lesquels ? | OUI – NON |
| - à d’autres choses ? Si oui, lesquelles ? | OUI – NON |
| Votre enfant est-il en ordre de **vaccination** « tétanos » ? | OUI – NON |
| Votre enfant sait-il nager ? | OUI – NON |
| Votre enfant risque-t-il d’être **malade** lors d’un voyage **en car** ? | OUI – NON |

Attention, aucun médicament ne peut être administré au sein de l’école SAUF ceux fournis par les parents et accompagnés d’une prescription médicale.

En cas d’urgence et dans l’impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable de l’école à prendre toute décision concernant l’enfant.

Date Signature(s)

A compléter et à rendre à l’enseignante de votre enfant pour le vendredi 11 septembre ☺