



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



Année scolaire 2023 - 2024

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : Classe :

VACCINATIONS :



Fournir obligatoirement la copie des pages des vaccins du carnet de santé, en mentionnant le nom et prénom de votre enfant.

Le vaccin D.T.P est obligatoire et doit être à jour.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- () Rubéole () Varicelle () Angine () Rhumatisme articulaire aigu
- () Scarlatine () Coqueluche () Otite () Oreillons () Infections urinaires

Allergies ou soins spécifiques : () OUI () NON (à préciser : autres maladies, accident, crises convulsives,)

Nom et téléphone du médecin traitant :

Si votre enfant bénéficie d'un PAI, préciser s'il s'agit d'un : () PAI alimentaire ou () PAI médicamenteux

Merci d'indiquer la raison du PAI (ex : allergie à l'arachide, au gluten, asthme, etc.....) :
.....
.....

DONNEES COMPLEMENTAIRES :

- () Port de lunettes :
- () Prothèses auditives :
- () Prothèses dentaires :
- *Autorisation sport () OUI () NON *Autorisation maquillage () OUI () NON

En cas de régime alimentaire, merci de le précisez : **SANS VIANDE** **SANS PORC**

Monsieur..... Madame.....

Responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus :

-certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Le/...../.....

Signature (Père) :

Signature (Mère) :