

Nom et Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Responsable de l'élève :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  Père  Mère  Tuteurs légaux

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. personnel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_ Tél. portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_ Tél professionnel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_

NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° de tél. du cabinet : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

Opérations, difficultés particulières (handicap etc.) \_\_\_\_\_

Allergies (poussière, aliments, médicaments etc.) \_\_\_\_\_

Autres (asthme, spasmophilie, épilepsie etc.) \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS** : Vous devez joindre obligatoirement un certificat de vaccinations portant les dates exactes des vaccinations et rappels ou la photocopie du carnet de santé.

**EDUCATION PHYSIQUE** : Si votre enfant est dispensé, vous devez joindre **OBLIGATOIREMENT**, un certificat de dispense émanant de votre médecin.

**TRAITEMENT MEDICAL** : Si votre enfant suit un traitement médical, veuillez en informer la vie scolaire, il est obligatoire de remettre les médicaments accompagnés d'une ordonnance du docteur à l'assistant éducateur. Les médicaments seront distribués suivant la prescription médicale.  
Aucun médicament n'est délivré par l'établissement.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement : .....

.....

.....

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) (nom et prénom) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Père, mère ou tuteurs légaux de l'enfant (nom et prénom) \_\_\_\_\_

Autorise l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour un traitement médical, une intervention chirurgicale d'urgence ou pour une hospitalisation rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature des représentants légaux :