

NOM DE L'ELEVE :..... CLASSE :.....

PRENOM :..... Sexe :..... Date de Naissance :...../...../.....

Cantine : • oui • non

Nom de l'établissement scolaire en 2016/2017 :.....

Adresse de l'établissement scolaire en 2016/2017 :.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom et adresse des parents :

Téléphone du domicile :.....

Prière de nous signaler tout changement récent survenu dans la famille

COMPOSITION DE LA FAMILLE :

Situation des parents : • mariés • veuf(e) • séparés • divorcés • autres

NOM DU PERE :..... NOM DE LA MERE :.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

Téléphone portable du père :..... Téléphone Bureau :.....

Téléphone portable de la mère :..... Téléphone Bureau :.....

En cas d'urgence, nom et numéro de téléphone d'un parent le plus proche :

ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ELEVE

• allergie..... Groupe Sanguin :

• asthme.....

• diabète

• autre

MALADIES : (l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Répondre par oui ou par non)

Typhoïde :.....Scarlatine :.....Rougeole :.....

Diphthérie :.....Coqueluche :.....Oreillons :.....

Otite :.....Rhumatisme :.....

- Si votre enfant est susceptible de prendre un traitement d'urgence (faire remplir par votre médecin traitant et amener à l'établissement le PAI (Protocole d'Accueil individualisé) + les médicaments non périmés).

VACCINS : (Vos vaccins sont-ils à jour ? Répondre par oui ou non)

Obligatoires :

Diphthérie :.....Tétanos :.....Poliomyélite :.....

OU DT Polio :.....OU Tétracoq :.....

BCG :.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Recommandés :

Hépatite B :.....Rubéole-Oreillons-Rougeole :.....

Coqueluche :.....

Au début de chaque année scolaire, les parents doivent fournir la copie de la page vaccinations du carnet de santé.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale urgente.

A..... Le.....

Signature des Parents :

