

A remettre au professeur principal le jour de la rentrée

NOM DE L'ELEVE : CLASSE :
PRENOM : Sexe : Date de Naissance :/...../.....

Cantine : oui non

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 :

Diphtérie : 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 :

Diphtérie : 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.....2020

Signature des Parents :