

A remettre au professeur principal le jour de la rentrée

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

Cantine :  oui  non

PAI :  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.....2022

Signature des Parents :