

Enfant	
Nom	
Prénom	
Sexe *	F / M
date de naissance	
Adresse principale de l'enfant	

En cas d'urgence, personnes à contacter	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
Lien de parenté	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
Lien de parenté	

Régime alimentaire à respecter	
Allergie alimentaire	
En cas d'urgence nucléaire et uniquement sur recommandations des autorités lors d'un confinement (voir courrier ci-joint) autorisez vous l'école à administrer une capsule d'iode ? *	Oui / Non
En cas de maladie virale grave (ex : méningite ...), autorisez vous la médecine scolaire à administrer à votre enfant un médicament ou dose d'antibiotique en vue de réduire les risques de contamination ? *	Oui / Non

Suite au verso

Données médicales	
Poids au : / / 20.....	
Maladie chronique *	Oui / Non
Si oui, laquelle	
Traitement médical *	Oui / Non
Si oui, lequel	
Date du dernier vaccin tétanos	 / / 20.....
Allergie alimentaire	
Allergie médicamenteuse	
Allergie autre	
Opérations chirurgicales *	Oui / Non
Si oui, lesquelles	
Votre enfant peut-il participer aux activités sportives et aux jeux adaptés à son âge ? *	Oui / Non
Si non, pourquoi ?	
Informations éventuelles qui vous semblent importantes de transmettre au sujet de votre enfant (santé, port d'appareil, port de lunettes etc.....)	

* barrer la mention inutile

Médecin traitant ou pédiatre	
Nom	
Téléphone	

Signatures		
Parent 1		Date
Parent 2		Date

Ce document est valable pour 1 an et sera à remplir chaque début d'année