FICHE SANTE

РНОТО

Veuillez noter ci-dessous tout renseignement particulières, allergies à certains médicament			t la sante de l'enfant. (Problème de santé, affections entaires, autres)
> >			
L'enfant porte-t-il des lunettes ?	□Oui	□Non/	de façon permanente ? □Oui □Non
Est-' il dispensé de faire du sport	□Oui	□Non (S	i Oui joindre un certificat médical)
Est-' il suivi dans un service spécialisé ?	□Oui	□Non (S	Oui, préciser lequel et modalités)
Vaccinations: Fournir une photocopie des pages concernant les vaccinations obligatoires			
Veuillez noter ci-dessous tous renseignements concernant le médecin et le centre hospitalier qui agréent les parents auxquels l'école peut recourir en cas d'urgence et de non joignabilité des parents			
Nom du Médecin:			
Tél :			
Nom de l'Etablissement Hospitalier souhaité de préférence :			
Tel:			
Prise ponctuelle de médicaments à l'é	école		
-	le l'éco	le peut, à	ndre des médicaments pendant le temps scolaire, en raison de la demande écrite des parents, apporter son concours pour ordonnance)
Il est cependant rappelé que tout traitement domicile.	pour ui	ne affectio	on saisonnière (par ex-type bronchite) doit être administré à
AUTORISATIONS			
Nous soussigné(s)			Parents de
L'élèvedéclarons :			
-autoriser notre enfant à participer aux s utiliser le moyen de transport nécessaire			rganisées dans le cadre pédagogique sur le temps scolaire et à ents (à pied, bus ,train) ;
-autoriser/ne pas autoriser (barrer la me l'hospitalisation en cas d'accident et si l'o		-	lirection de l'école à prendre toute mesure d'urgence, y compris e la famille ;
-que nous avons pris connaissance du règ notre enfant.	glemen	t intérieu	r de l'école et que nous l'acceptons pour la bonne scolarité de