

2024 – 2025

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AU SERVICE MÉDICAL

Classe :

Nom et prénom :

Né(e) à : le

Adresse des parents :

Profession du père : N° de tél. :

N° tél portable :

Profession de la mère : N° de tél. :

N° tél portable :

N° de tél. de votre domicile :

Personne à contacter en cas d'absence des parents : N° de tél. :

DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE

Pour nous permettre de demander la transmission de ce dossier, indiquer la dernière école fréquentée

VACCINATIONS

Je certifie que les vaccinations sont à jour

Nom et adresse du médecin traitant

ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE

TRAITEMENT

Votre enfant prend-il un traitement particulier ? Si oui lequel ?

EN CAS D'URGENCE

En cas d'extrême urgence, dans quelle clinique souhaitez-vous que votre enfant soit transporté ?

AUTORISATION D'OPÉRER

En cas d'extrême urgence, nous autorisons le Chef d'Etablissement à prendre toutes décisions d'ordre médical jugées indispensables par le médecin, y compris les opérations chirurgicales.

Fait à le

Signature des parents