



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



Année scolaire 2021 - 2022

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : Classe :

VACCINATIONS :



Fournir obligatoirement la copie des pages des vaccins du carnet de santé, en mentionnant le nom et prénom de votre enfant.

Le vaccin D.T.P est obligatoire et doit être à jour.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Infections urinaires |

Allergies ou soins spécifiques : OUI NON (à préciser : autres maladies, accident, crises convulsives,

Nom et téléphone du médecin traitant :

Si votre enfant bénéficie d'un PAI, préciser s'il s'agit d'un : PAI alimentaire ou PAI médicamenteux

Merci d'indiquer la raison du PAI (ex : allergie à l'arachide, au gluten, asthme, etc.....) :

DONNEES COMPLEMENTAIRES :

Port de lunettes :

Prothèses auditives :

Prothèses dentaires :

*Autorisation sport OUI NON

*Autorisation maquillage OUI NON

Monsieur..... Madame.....

Responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus :

-certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Le/...../.....

Signature (Père) :

Signature (Mère) :