



# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



Année scolaire 2023 - 2024

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 :

- ( ) Rubéole      ( ) Varicelle      ( ) Angine      ( ) Rhumatisme articulaire aigu
- ( ) Scarlatine      ( ) Coqueluche      ( ) Otite      ( ) Oreillons      ( ) 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

**En cas de régime alimentaire, merci de le précisez :**     SANS VIANDE     SANS PORC

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

Responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus :

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

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

Signature (Père) :

Signature (Mère) :