



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET HOSPITALISATION

(Remplissez cette fiche avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire)

**ELEVE : NOM** ..... **Prénom** : ..... **Classe** : .....

Age : ..... Poids : ..... Groupe sanguin : .....

### SECURITE SOCIALE

Nom de l'assuré(e) : ..... N° de l'assuré(e) : .....

**MALADIES**: Mon enfant souffre

l'asthme  OUI  NON

a-t-il déjà fait des convulsions ?  OUI  NON

Autres Maladies : .....

### ALLERGIE

Il est allergique  OUI  NON

A QUOI ? .....

### VACCINATIONS :

Date de la dernière vaccination DT - POLIO - COQ :

.....

**HOSPITALISATIONS** (Dates et motifs) : .....

.....

**TRAITEMENT EN COURS** : Dans le cas où votre enfant aurait un traitement médical à suivre, remettez obligatoirement l'ordonnance et les médicaments à Mme Cruz.

**Sans cette ordonnance, le traitement ne pourrait être donné.**

**En cas de contre-indications au sens médical strict pour une activité sportive, joignez le certificat médical.**

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Demeurant : .....

Tél domicile : /\_/\_/\_/\_/\_/ Tél employeur Père : /\_/\_/\_/\_/\_/ Portable Père: /\_/\_/\_/\_/\_/

Tél employeur Mère : /\_/\_/\_/\_/\_/ Portable Mère : /\_/\_/\_/\_/\_/

Autorise le chef d'établissement, ou les responsables en charge de l'activité, à prendre toutes les mesures nécessaires, y compris l'entrée ou le transfert dans un hôpital ou dans une clinique, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou tout acte médical prescrit par les services de santé.

Sauf avis contraire mentionné ci-après, le blessé éventuel sera transporté à l'hôpital le plus proche du lieu de l'accident pour recevoir les soins et/ou le traitement nécessaire.

Autre personne à prévenir en cas d'urgence.....Tél /\_/\_/\_/\_/\_/

**Ajoutez à la main "LU ET APPROUVE"**

Fait à ..... Le..... Signature :