



AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e)..... Père,
Mère, Tuteur, (1) responsable de l'élève

.....

- ◆ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- ◆ autorise les responsables de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant,
- ◆ m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

Fait à le.....

Signature (2)

- (1) rayer les mentions inutiles
- (2) Le responsable légal du jeune devra écrire de sa main la mention : lu et approuvé, suivie de sa signature.

Nota : Retrouvez tous ces documents sur notre site www.Saint-denis.net

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

à remplir par la famille

Nom de l'élève

Prénom.....

Date et lieu de naissance

RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ DE LA FAMILLE

RESPONSABLE (Père, Mère, Tuteur,).....

NOM, Prénom

Adresse.....

.....

Code Postal.....

Père : Téléphone domicileTravail.....

Portable e-mail

Mère : Téléphone domicileTravail.....

Portable e-mail

Adresse de la Sécurité Sociale

.....

Le cas échéant, intitulé et adresse de la mutuelle

.....

N° d'assuré social de
la personne responsable

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* pour les internes, joindre une photocopie de l'attestation de Carte Vitale

IMPORTANT : En cas de nécessité prévenir

M., Mme.....

Adresse :

.....

Code postal..... Téléphone

Vaccinations

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet de vaccination ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

Antipolyomyélitique-Antidiphthérique-Antitétanique-Anticoquelucheuse		
Préciser s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
du DT Polio		/ /
du DT coq		/ /
du tétracoq		/ /
d'une prise polio		/ /
RAPPELS		/ /
		/ /

	Dates
Antituberculeuse (BCG)	
1er VACCIN	/ /
REVACCINATION	/ /
	/ /
Antivariolique	
1er VACCIN	/ /
1er RAPPEL	/ /
	/ /
Autres vaccins	
Vaccins pratiqués	Dates
	/ /
	/ /
	/ /

Si l'élève n'est pas vacciné, pourquoi ?

Injections de sérum	Dates
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

Renseignements médicaux concernant l'élève

Groupe sanguin :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Varicelle			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Rougeole			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Asthme			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Angines			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>

Scarlatine			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Coqueluche			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Oreillons			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Rhumatismes			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>
Otites			
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates

(maladies, accidents, convulsions, hospitalisations, opérations, rééducation)

Nature	Dates
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

ACTUELLEMENT, L'ÉLÈVE SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

Si oui, lequel ?

Présente-t-il des signes d'allergie ? Si oui, lesquels ?

S'il doit suivre un traitement n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.