

## AUTORISATION PARENTALE

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 (traitement médical, prise en charge médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) 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.

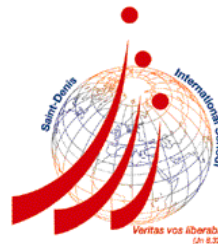
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

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](http://www.saint-denis.net)*



# Année scolaire 2017-2018

Classe : \_\_\_\_\_

## 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 domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Mère** : Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Adresse de la sécurité sociale : \_\_\_\_\_

*Merci de donner à votre enfant une photocopie de votre carte vitale qu'il conservera sur lui.*

Le cas échéant, intitulé et adresse de la mutuelle \_\_\_\_\_

### **IMPORTANT : En cas de nécessité prévenir**

M./Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**NOM et Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**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
DTPC		/ /
RAPPELS		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

		Dates
<b>Antituberculeuse (BCG)</b>		
1er VACCIN		/ /
REVACCINATION		/ /
		/ /
<b>Autres vaccins</b>		
Vaccins pratiqués		Dates
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

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

**Renseignements médicaux concernant l'élève**

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

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

<b>Scarlatine</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Oreillons</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Rhumatismes</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>Otitites</b>			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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-T-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.