

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



Année scolaire 2018-2019

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
Antituberculeuse (BCG)		
1er VACCIN		/ /
REVACCINATION		/ /
		/ /
Autres vaccins		
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 ?

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

Scarlatine			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
Coqueluche			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
Oreillons			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
Rhumatismes			
NON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
Otitis			
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.