



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (Annexe 1)

*Afin de nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous demandons de remplir ce questionnaire et d'y joindre la **PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATIONS** de son carnet de santé.*

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE	COORDONNÉES des PARENTS
Nom :	Adresse :
Prénom :
Né(e) le :	Tél domicile :
Lieu de naissance :	Profession père :
Nationalité :	Tél portable :
Nom et adresse de l'établissement scolaire précédent :	Profession mère :
.....	Tél portable :
Si parents absents personne à contacter :	
Tél :	
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE	
Nom de son médecin traitant :	
L'élève a-t-il un problème de santé chronique ? (Asthme, diabète, épilepsie...)	
A-t-il des allergies : Alimentaire : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (si oui joindre le protocole d'intervention rempli par médecin)	
Médicamenteuse <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Si oui, à quel médicament ? :	
Toute médication prise sur temps scolaire nécessite la constitution d'un P.A.I	
Est-il suivi dans une consultation spécialisée ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
Si oui, laquelle ?	
AUTORISATION PARENTALE	
Je soussigné, Monsieur et/ou Madame.....	
Père/mère de Elève en classe de	
Autorise, en cas d'urgence, le Chef d'Etablissement de Notre Dame à faire transporter mon enfant dans l'hôpital le plus proche. L'établissement s'engage à prévenir la famille dans les plus brefs délais.	
Date :	Signature :