

**FICHE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Classe de Madame.....  
Nom :.....  
Prénom :.....  
Date et lieu de naissance :.....  
Adresse :.....  
Code postal et commune :.....  
Tél. de ma maison :.....  
Gsm maman :.....  
Gsm papa :.....  
Bureau maman :.....  
Bureau papa :.....

Renseignements importants que vous jugez utiles de nous communiquer :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :.....  
.....  
.....



Intolérances et/ou allergies connues :.....  
.....  
.....

Votre enfant a-t-il un traitement de fond ? , si oui, lequel ? :

.....  
• Date de la dernière vaccination TETANOS (très important) :  
Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :  
• Docteur .....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

*En cas d'urgence, l'école se réserve le droit de prendre les mesures qui s'imposent*

Signatures :  
« Lu et approuvé »