

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

NOM :
 Prénom :
 ECOLE : CLASSE :

VACCINATIONS

DTCP	
DT POLIO	
DT	
POLIO	
BCG	
Sérums	

POIDS :
 ALLERGIES :
 MALADIES (mettre une croix et si possible préciser l'année) :
 ROUGEOLE : RUBEOLE :
 SCARLATINE : OREILLONS :
 ASTHME : RHUMA A A :
 CONVULSIONS :
 AUTRES MALADIES :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES :

.....

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (accident, hospitalisation,...) :

.....

ENURESIE :
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? oui non

JOINDRE L'ORDONNANCE aux médicaments si l'enfant doit suivre un traitement au cours du séjour.

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

FICHE D'URGENCE

En cas d'hospitalisation

Nom et Prénom de l'enfant :
 Date de naissance :
 Nom, Prénom des parents :
 ou du représentant légal
 Domicilié(e)

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Afin d'agir au mieux, merci de nous donner vos numéros de téléphone :

Téléphone : Père
 Domicile :
 Employeur :
 Nom et N° de téléphone d'une personne pouvant vous joindre rapidement :

N° de Sécurité Sociale :
 N° et adresse de l'assurance scolaire :

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Votre enfant est-il bénéficiaire de la CMU ? si oui merci de joindre la photocopie de l'attestation

Les frais médicaux acquittés par la Mairie sont à la charge des parents. Il est rappelé qu'ils doivent être réglés, au retour, à l'enseignant. Les familles pourront ensuite demander le remboursement à la Sécurité Sociale puis à leur mutuelle et éventuellement à l'assurance scolaire (pour les accidents).

Je soussigné :

- > autorise l'enseignant et les responsables du centre où séjourne mon enfant, à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgences médicales et/ou chirurgicales y compris l'hospitalisation.
- > autorise, en cas d'hospitalisation, l'enseignant et les responsables du centre à reprendre mon enfant à la fin des soins.

NANTERRE, le

SIGNATURE