

Nom de l'enfant : Prénom : Age :

Ecole Classe :

Nom du médecin traitant : Tel :

Personnes à prévenir en cas d'urgence y compris les parents, par ordre de priorité :

N°1 Tel : N°2 Tel :

N°3 Tel : N°4 Tel :

VACCINATIONS : L'enfant est à jour de ses vaccinations ? Oui - Non

Joindre photocopie du carnet de vaccination.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : Indiquer l'état de santé de l'enfant : entourez

- Maladies infantiles : l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?
Rubéole : oui - non Varicelle : oui - non Angine : oui - non
Otite : oui - non Rougeole : oui - non Scarlatine : oui - non
Coqueluche : oui - non Oreillons : oui - non Rhumatisme articulaire aigu : oui - non

• Autres maladies : Oui. Non. Lesquelles :

• Crises convulsives : oui. non : Si oui, que faire en cas de crise :

• Asthme : oui. non. depuis quand :

• Allergies : oui. non. lesquelles :

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui. Non. Lequel :

Aucun traitement ne sera administré à l'enfant sans une ordonnance médicale, y compris asthme et homéopathie.

L'enfant a-t-il un **Projet d'Accueil Individualisé** ? Oui- Non. (Joindre une copie)

RECOMMANDATION DE PARENTS

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

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date :

Signature :