

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM Prénom

Sexe : Date et lieu de naissance

Régimes éventuels :

Autres renseignements concernant l'état physique de l'enfant :

Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités sportives ?

Si oui, lesquelles ?

VACCINATIONS (joindre photocopies)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher la case correspondante)

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Varicelle			Rhumatismes		
Rougeole			Oreillons		
Asthme			Angines		
Coqueluche			Rubéole		
Scarlatine			Otites		

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

Recommandations des parents :

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel ?

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM Prénom

Sexe : Date et lieu de naissance

Régimes éventuels :

Autres renseignements concernant l'état physique de l'enfant :

Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités sportives ?

Si oui, lesquelles ?

VACCINATIONS (joindre photocopies)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher la case correspondante)

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Varicelle			Rhumatismes		
Rougeole			Oreillons		
Asthme			Angines		
Coqueluche			Rubéole		
Scarlatine			Otites		

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

Recommandations des parents :

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel ?

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse :

.....

TELEPHONE EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom

☎ domicile : ☎ travail :

☎ Portable:

NOM Prénom

☎ domicile : ☎ travail :

☎ Portable:

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Je soussigné(e) NOM et PRENOM

Demeurant à

Agissant en qualité de père, mère, tuteur, tutrice de l'enfant :

NOM et PRENOM

Né(e) le

DECLARE

1° autoriser le directeur de l'accueil périscolaire dont fait partie mon enfant à prendre en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris, éventuellement l'hospitalisation

2° avoir pris connaissance des dispositions énoncées sur le présent document..

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (pièces justificatives de ces frais et le dossier médicale seront adressés à la famille en vue d'éventuel remboursement).

A Notre Dame de Bondeville, le

Signature :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse :

.....

TELEPHONE EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom

☎ domicile : ☎ travail :

☎ Portable:

NOM Prénom

☎ domicile : ☎ travail :

☎ Portable:

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Je soussigné(e) NOM et PRENOM

Demeurant à

Agissant en qualité de père, mère, tuteur, tutrice de l'enfant :

NOM et PRENOM

Né(e) le

DECLARE

1° autoriser le directeur de l'accueil périscolaire dont fait partie mon enfant à prendre en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris, éventuellement l'hospitalisation

2° avoir pris connaissance des dispositions énoncées sur le présent document..

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (pièces justificatives de ces frais et le dossier médicale seront adressés à la famille en vue d'éventuel remboursement).

A Notre Dame de Bondeville, le

Signature :