

FICHE MEDICALE 2020-2021

NOM : PRENOM :
M / F Date de naissance :/...../..... Classe :
ADRESSE :

En cas d'urgence, la ou les personnes à contacter sont :

1° Mr/Mme Tél :

2° Mr/Mme Tél :

3° Mr/Mme Tél :

Médecin traitant : Mr/Mme : Tél :

Adresse :

Vaccin antitétanique : oui non Date du dernier rappel :/...../.....

Daltonisme : oui non

Problème de santé particulier : (incontinence, épilepsie, diabète, ...)

.....

Médicament pris régulièrement :

.....

☞ Si le traitement doit être administré à l'école, nous vous remercions de nous fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant la dose et la durée du traitement. **Sans cela, aucun médicament ne sera administré par l'école.**

Je soussigné(e) père mère tuteur
déclare avoir pris connaissance du présent avis.

Je suis d'accord

pour que l'école appelle les personnes reprises ci-dessus, en cas de problème de santé ou consécutifs à un accident.

En cas de problème, nous vous avertissons donc et optons ensemble pour la meilleure solution. Sauf en cas de danger vital, où, de toute façon, les procédures d'urgence seront activées par l'école.

Si aucune des personnes reprises ci-dessus n'est joignable, l'école est autorisée à prendre les meilleures dispositions.

Date et signature

