

# DOSSIER MEDICAL

Année scolaire : 20 / 20

Une fiche par enfant

## Identité:

Nom - Prénom Père :	Nom - Prénom Mère :
Nom - Prénom ENFANT:	Classe :
➤	➤
Médecin traitant :	Tél :

## Questionnaire médical :

Allergies préciser si :

- Dermatologiques                       Alimentaires                       Autres.....  
 Respiratoires                               Médicamenteuses

**Vaccinations** : les vaccinations à jour doivent être attestées par un certificat médical réactualisé remis lors de l'inscription (**la photocopie du carnet de santé est non recevable**).

Recommandations particulières des parents (allergies, suivi thérapeutique, psychologique...) :.....  
.....  
.....

L'élève suit-il un traitement médical permanent ou à long terme?

Oui  non  Lequel :.....

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance. Nous transmettre également une autorisation permettant d'administrer les médicaments à votre enfant.

## AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION

Je soussigné, Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ En classe de \_\_\_\_\_, déclare autoriser le responsable de l'établissement à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire pour l'état de santé de l'enfant :

Dans l'établissement de votre choix,

Dans l'établissement suivant, si les circonstances le permettent :.....

Date :

Responsable légal : Mr ou Mme.....

Signature :