

## Fiche médicale : 20.....-20.....

Nom : .....

Prénom : .....

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(s) 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