

Fiche de renseignement de l'élève

Nom
Prénoms
Date de naissance / /
Téléphone
Email

Responsables 1

Héberge l'élève Oui Non
Paye sa scolarité Oui Non
Lien de parenté avec l'élève Père / Mère / Tuteur légal / Autre :
Nom
Prénom
Date de naissance / /
Adresse
Fonction
Téléphone/Bureau
Email
Etat civil Marié (e) Veuf (ve) Célibataire

Responsables 2

Héberge l'élève Oui Non
Paye sa scolarité Oui Non
Lien de parenté avec l'élève Père / Mère / Tuteur légal / Autre :
Nom
Prénom

Date de naissance / /
Adresse
Fonction
Téléphone/Bureau
Email
Etat civil Marié (e) Veuf (ve) Célibataire

Responsable 3

Héberge l'élève Oui Non
Paye sa scolarité Oui Non
Lien de parenté avec l'élève Père / Mère / Tuteur légal / Autre :
Nom
Prénom
Date de naissance / /
Adresse
Fonction
Téléphone/Bureau
Email
Etat civil Marié (e) Veuf (ve) Célibataire

Médecin traitant
Nom
Téléphone/ Cabinet
En cas d'urgence conduire l'enfant
.....

Informations médicales

Vaccinations : **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION DU DTP FIEVRE JAUNE MENINGITE ET TETANOS**

En cas de malaise à l'école

Le responsable santé et sécurité pourrait éventuellement donner à l'enfant les médicaments de la liste ou de la famille suivante en fonction du mal, du poids, de l'âge et du médicament disponible :

Doliprane, Efferalgan, Dafalgan, Brufen, Voltarène, antihistaminiques, anti diarrhéique, Bétadine, Biseptine, Eosine, Biafine, Onctose

Autorisation

Je soussigné(e) M. ou Mme Déclare que mon enfant est allergique à

o N'est allergique à aucun des médicaments de la liste ci-dessus.

Autorise l'école à lui administrer les médicaments nécessaires.

J'ai bien noté que pour tout autre médicament, je devrais fournir à l'école une prescription médicale de moins d'un mois indiquant le médicament et la posologie

Date et signature

En cas d'hospitalisation

Hôpital recommandé

Personne à contacter

Téléphone /

En cas d'indisponibilité des parents et / ou tuteurs légaux, contacter

Nom

Téléphone /

Relation à l'enfant (oncle, tante, grand parent, voisin, cousin(e)...)

Autorisation

Je soussigné(e) M. ou Mme

Autorise l'école par son représentant légal, à prendre toutes les mesures utiles (Hospitalisation, opération, traitement...) en cas d'incident de mon enfant.

Date et signature

Situation familiale

Nombre d'enfants dans la famille

Nombre d'enfants scolarisés dans la même école

Parents : o mariés o séparés o divorcés o veuf/veuve

S'est-il passé des évènements particuliers qui pourraient susciter une forme de trouble chez l'enfant

L'enfant a-t'il eut des difficultés lors de sa naissance ou de sa petite enfance ?

L'enfant a-t-il des problèmes particulier dont il faudrait tenir compte ? (psychologiques, comportementaux...)

L'enfant suit-il un traitement particulier ? Lequel ? Pour quelle maladie ?

.....

L'enfant a-t-il fait l'objet d'une opération chirurgicale au cours de l'année ?

.....

L'enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert des maladies suivantes ?

Asthme.....	Convulsions.....	Rubéole	.....	Polyo
Diabète	Crise de tétanie	Oreillons	.....	Hépatite
HTA	kwashiorkor	Coqueluche	.....	otite
Epilepsie.....	Saigne du nez	Drépanocytose	.....	Verrues
Méningite	Rougeole	varicelle	.....	Carries

L'enfant est-il allergique à :

Certains médicaments ? Lesquels

.....

.....

.....

Certains aliments ? Lesquels

.....

.....

.....

Autres allergies précisez

.....

.....

.....

L'enfant à un des problèmes suivants :

Dyslexie Zézaiement Bégaiement

Suivi orthophonique

Défaut de vision..... Lequel

Porte des lunettes

Porte des lentilles

Porte un appareil dentaire

Problème de dos Lequel

Handicap particulier

L'enfant est-il inapte au sport ? joindre un certificat médical

Précisez d'autres antécédents à connaître :

Merci de mettre cette fiche dans une enveloppe ou une chemise au nom de l'enfant