

2024 – 2025

**RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AU SERVICE MÉDICAL**

Classe : .....

Nom et prénom : .....

Né(e) à : ..... le .....

Adresse des parents : .....

Profession du père : ..... N° de tél. : .....

N° tél portable : .....

Profession de la mère : ..... N° de tél. : .....

N° tél portable : .....

N° de tél. de votre domicile : .....

Personne à contacter en cas d'absence des parents : ..... N° de tél. : .....

**DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE**

Pour nous permettre de demander la transmission de ce dossier, indiquer la dernière école fréquentée

**VACCINATIONS**

Je certifie que les vaccinations sont à jour

Nom et adresse du médecin traitant .....

**ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE**

**TRAITEMENT**

Votre enfant prend-il un traitement particulier ? Si oui lequel ? .....

**EN CAS D'URGENCE**

En cas d'extrême urgence, dans quelle clinique souhaitez-vous que votre enfant soit transporté ? .....

**AUTORISATION D'OPÉRER**

En cas d'extrême urgence, nous autorisons le Chef d'Etablissement à prendre toutes décisions d'ordre médical jugées indispensables par le médecin, y compris les opérations chirurgicales.

Fait à ..... le .....

**Signature des parents**