

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Nom : **Prénom :**
Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin
Ecole fréquentée : Classe :

Nom et prénom du (des) responsable(s) légaux :
Qualité : Père Mère Tuteur Famille d'accueil
Adresse :
Téléphone :
Domicile : Portable : Travail :

Assurance de l'enfant : N° de police :
Adresse de l'assureur :

Renseignements concernant la santé de l'enfant :
Nom du médecin traitant : Téléphone :

Date du dernier rappel antitétanique (ou DT Polio ou Tétracoq) :

Traitement médical : Oui Non Si oui, lequel.....
.....

Allergies : Allergies alimentaires : Oui Non Allergies médicamenteuses : Oui Non
Asthme : Oui Non Autres allergies : Oui Non
Maladie pouvant entraîner des crises aiguës (asthme, épilepsie, diabète, etc.) : Oui Non
Précisez la nature de l'allergie ou maladie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :
.....
.....

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) (si l'enfant présente une allergie alimentaire ou maladie pouvant nécessiter un traitement ou des soins à l'école) : Oui Non (Si oui, dossier à remettre en mairie.)

L'enfant est-il en situation de handicap ? Oui Non Si oui, précisez :

Autres difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates et précautions à prendre :
.....
.....

L'enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. (précisez) :
.....

Personnes à contacter en cas de problème et d'absence des responsables légaux :
M..... Qualité : Téléphone :
M..... Qualité : Téléphone :

Je soussigné(e) (Nom) (Prénom),
responsable légal de l'enfant :

- donne l'autorisation, en cas d'accident ou maladie, de faire transporter par les services d'urgence médicale mon enfant à l'hôpital de qui pratiquera les interventions médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De ce fait, je dégage les services de toute responsabilité pour tout dommage qui surviendrait à mon enfant, ou du fait de mon enfant après cette prise en charge, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

- déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche, sans omission.

- m'engage à signaler par écrit tout changement de situation (ex : nouveau numéro de téléphone, changement de l'état de santé de l'enfant...).

Date : Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :