

# FICHE INDIVIDUELLE & MEDICALE

## **RESPONSABLE LEGAL :**

Monsieur (01)

Madame (02)

M. et Mme (03)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Code Postal : .....

## **IDENTITE DE L'ELEVE :**

NOM de l'élève : ..... (en majuscules)

Prénom usuel : ..... Sexe : (\*)  (F)  (M)

Autre(s) prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Commune de naissance : .....

Département de naissance ..... Nationalité : .....

Dispense d'EPS :  oui  non

Cantine :  oui  non  Parfois

Garderie :  oui  non  Parfois

Transport scolaire :  oui  non

## **SCOLARITE :**

Date d'entrée dans l'établissement : .....

Classe suivie durant l'année en cours : .....

## **Pour les arrivants d'un autre établissement**

Etablissement d'origine (*Nom et adresse complète*) : .....

## **INFORMATIONS MEDICALES :**

Nous sommes adhérents :  A la sécurité sociale  A la MSA  autre (préciser)

Notre mutuelle est

## PRISE EN CHARGE EXTERIEURE

Précisez si votre enfant est suivi en ce moment (ou est sur le point) :

	oui	non		oui	non
Orthophoniste			Suivi social		
CMPP			Suivi P. adapt		
CPEA			Autres		
SESSAD					

Préciser jour et heure de prise en charge : .....

Préciser le nom de la personne qui vient chercher et déposer l'enfant à l'école :  
.....

## IDENTIFICATION DU MEDECIN DE FAMILLE

Nom	
Adresse	
Téléphone	

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

*A compléter ou joindre photocopie du carnet de santé*

<b>Vaccins</b>	<b>Préciser les dates des vaccins pratiqués</b>
BCG	
TETANOS et POLIO	
ROR	
HEPATITE B	

<b>Maladies contractées</b>	<b>Préciser les dates des vaccins pratiqués</b>
Oreillons	
varicelle	
Rougeole	
Rubéole	

**Contre indications médicales, allergies...**

**Interventions chirurgicales subies**

Nous, soussignés, autorisons la directrice de l'école à prendre en cas d'urgence toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de notre enfant. Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité soit de nous joindre, soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.

**Signature des parents suivie de la mention « lu et approuvé »**