

ELEVE

Nom Prénom
 Date de Naissance Classe
 Adresse

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur

Père Mère Responsable de

AUTORISE LA DIRECTRICE DE L'ÉCOLE PRIMAIRE STE CROIX DE CHATEAUGIRON À DONNER LES SOINS NÉCESSITÉS PAR SON ÉTAT DE SANTÉ ET, EN CAS D'URGENCE, À LE FAIRE HOSPITALISER ET, AU BESOIN, À LE FAIRE OPÉRER.

Il est bien évident que cette autorisation ne sera utilisée qu'en cas d'urgence, si nous n'arrivons pas à vous joindre.

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom
 Téléphone domicile N° de Sécurité sociale
 Tél. professionnel Mutuelle complémentaire
 Téléphone portable

DEUXIEME PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom
 Téléphone domicile N° de Sécurité sociale
 Tél. professionnel Mutuelle complémentaire
 Téléphone portable

INDICATIONS MEDICALES

Médecin traitant Téléphone

DTP Oui Non Rougeole* Oui Non Oreillons* Oui Non Rubéole* Oui Non

Hépatite B* Oui Non Coqueluche* Oui Non Méningocoque C* Oui Non Pneumocoque* Oui Non

*Les vaccins marqués d'un * ne sont obligatoires que pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018* Haemophilus influenzae B* Oui Non

Autres vaccins

Votre enfant est-il allergique à des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Votre enfant a-t-il d'autres formes d'allergies (pollen, etc.) ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Faut-il élaborer un PAI ? Oui Non

REMARQUES PARTICULIERES (SANTÉ DE L'ENFANT, AUTRES...)

Indiquez ici toute information complémentaire que vous jugez utile de nous communiquer

Fait à le
 Signature: