



Nom de l'enfant :

Prénom :

Classe :

Afin de faciliter la prise en charge de votre enfant dans le cadre des cours, les excursions, voyages scolaires... Merci de bien vouloir compléter les informations suivantes :

Si nous n'arrivons pas à vous joindre, qui pouvons-nous contacter en cas d'urgence ?

Nom : Lien avec l'enfant Gsm

Aucun traitement médical ne sera administré sans prescription médicale (nom, prénom, posologie, mode de conservation, durée du traitement,...)

Votre enfant a -t-il ? :

Un problème de santé et/ou un traitement particulier :

.....
.....

Des allergies ? Intolérance médicamenteuse ou régime alimentaire particulier :

.....
.....

L'enfant peut-il participer sans inconvénients aux activités sportives (y compris la natation pour les enfants en primaire) ? :

Préciser la **date** du dernier vaccin contre le TETANOS :

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e).....(père/mère/responsable) de l'enfant (nom/prénom)né(e) le (jour/mois/année) Autorise le médecin ou le dentiste à procéder **en cas d'urgence** à tout acte médical indispensable, y compris l'administration préventive d'antibiotiques en cas de méningite bactérienne, **au cas où l'école ou les médecins n'auraient pas pu nous contacter** au moyen des numéros de téléphone transmis à l'école.

Je m'engage à prévenir l'école de tout changement et à communiquer à la direction ou au secrétariat de l'école toute information utile concernant l'état de santé de mon enfant.

le

Signature

.....