



Renseignements médicaux année scolaire 2022-2023

Ces renseignements sont confidentiels

S.V.P remplissez ce formulaire en lettre MAJUSCULES – Merci beaucoup !

Biffez la mention inutile !

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° National : _____

GSM : _____ FIX : _____

Adresse : _____

Votre enfant est : **DROITIER - GAUCHER**

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? **OUI – NON**

Si oui, quel trouble a-t-il ? **DALTONISME – HYPERMETROPIE – ASTIGMATISME –
- PRESBYTIE – STRABISME - MYOPIE**

Quand doit-il les porter ? **TOUJOURS – RIEN QU'EN CLASSE**

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie et/ou d'une malformation ? **OUI – NON**

Si oui, lesquelles ? _____

Votre enfant doit-il recevoir des soins médicaux réguliers ? **OUI – NON**

Si oui, lesquels ? _____

Prend-il des médicaments ? **OUI – NON**

Si oui, donnez le nom de ceux-ci avec leur posologie :

Souffre-t-il d'allergies, y compris allergies alimentaires ? **OUI – NON**

Si oui, précisez-les : _____

Y a-t-il des renseignements médicaux importants concernant l'état de santé de votre enfant :
(séquelles d'accident, douleur revenant régulièrement etc.)

Votre enfant est-il vacciné ?

Nom des Vaccins	Entre 5 et 6 ans	Entre 11 et 12 ans
Poliomyélite	OUI - NON	
Diphtérie	OUI - NON	
Tétanos	OUI - NON	
Coqueluche	OUI - NON	
Rougeole		OUI - NON
Rubéole		OUI - NON
Oreillons		OUI - NON

Le groupe sanguin : _____

Nom et adresse du médecin traitant :

FIX : _____

GSM : _____

Je soussigné(e) _____ autorise l'École de l'alliance à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires, y compris une éventuelle intervention chirurgicale si le médecin l'estime indispensable et je fournis deux vignettes mutuelle annexées. De son côté l'École de l'alliance s'engage à essayer de me contacter avant toute intervention.

Signature des parents/tuteur : _____ date : _____