



Ecole de l'Alliance fondamentale libre protestante  
Rue de Mons, 108 à 6031, Monceau-sur-Sambre  
Tél : 071/90.97.49  
direction.ecoledelalliance@gmail.com  
<http://www.allianceecoleetcollege.com>  
fase : 3203

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Année scolaire 2023-2024

**DOCUMENT A COMPLETER AVEC SOIN, en MAJUSCULES ET AVEC PRECISION PAR LES PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX**

**ATTENTION !** Ces renseignements engagent votre responsabilité et sont confidentiels

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ N° National : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. fixe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### 1. SA SANTE

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 (avec un document du médecin traitant) :  
\_\_\_\_\_

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

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_



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 ?

<i>Nom des Vaccins</i>	<i>Entre 5 et 6 ans</i>	<i>Entre 11 et 12 ans</i>
Poliomyélite / Diphtérie / Tétanos	OUI – NON*	
Coqueluche	OUI – NON*	
Rougeole / Rubéole / Oreillons		OUI – NON*

Le groupe sanguin : \_\_\_\_\_

**Veillez biffer la mention inutile\***

## 2. LE MEDECIN TRAITANT

Nom / prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

## 3. SIGNATURE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise l'Ecole de l'Alliance à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires, y compris une éventuelle intervention chirurgicale si le médecin l'estime indispensable. De son côté l'Ecole de l'Alliance s'engage à essayer de me contacter avant toute intervention.

Signature des parents/tuteur :

date : \_\_\_\_\_