

NOM : Prénom :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

SANTE (observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'école)

Allergies :

Traitements :

Autres problèmes de santé (asthme, etc...) ou précautions particulières à prendre :

.....

Port de lunettes :

en permanence (en classe, en salle de jeux et en récréation)

en classe seulement

VACCINATION

Date du dernier vaccin antitétanique (INFANRIX QUINTA) :

Date du dernier vaccin antituberculeux (B.C.G) :

MEDECIN TRAITANT

Nom : Ville : Téléphone :

(En cas d'accident, l'école s'efforcera de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Nous utiliserons pour cela les numéros de téléphone que vous nous avez indiqués.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.)

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités de l'école, des films et photos peuvent être réalisés et publiés localement.

Je, soussigné(e),

autorise la prise et la diffusion de films et photos où apparaît mon enfant

n'autorise pas la prise et la diffusion de films et photos où apparaît mon enfant

Je peux me rétracter à tout moment en informant l'enseignant(e) ou le directeur.

PROFESSION DES PARENTS

Profession du père :

Profession de la mère :

FRERES ET SOEURS

Prénom et âge des frères et sœurs de l'élève :

.....

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école remis avec cette fiche de renseignements.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :