



École REGAIN

Tél : 04.90.95.04.27

Mail : ce.0131185t@ac-aix-marseille.fr

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
MEDICAUX
Année scolaire 2017/2018**

*À remplir par la famille et à ramener
complété en mairie au plus tard
le **30 juin 2017***

ENFANT :

Nom :

Prénom :

Sexe : F G

Classe :

Date de naissance :

Lieu :

PRECAUTIONS A PRENDRE POUR CERTAINES ACTIVITES PHYSIQUES

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------|
| Votre enfant peut-il pratiquer des activités sportives ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Observations : |
| En cas de contre-indication fournir un certificat médical | | |
| Précautions à prendre le cas échéant, lors de la pratique sportive. | Port de lunettes Lentilles de contact Autres : | Observations : |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services 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.

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Protocole de prise en charge médicale Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Observations : |
| Maladies Chroniques : | Asthme <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Autre : | Observations : |
| Vaccins obligatoires : | Diphtérie Tétanos Poliomyélite | Date du dernier rappel : |
| Vaccins recommandés : | BCG Coqueluche Rubéole-Oreillons-Rougeole Hépatite B Autre | Dates : |
| Allergies : (si nécessaire, fournir les justificatifs des préconisations médicales) | Alimentaire Respiratoire Autres : | |
| Remarques particulières : | | |

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant.....
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Verquières le

Signature des parents :