

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

SORTIES SCOLAIRES AVEC NUITÉE(S) UN DOSSIER PAR ENFANT

Médicaments, régimes éventuels, soins journaliers à donner à l'enfant :

.....

Si l'enfant porte des lunettes, références des verres :

Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités physiques ? Si oui, lesquelles ?

.....

Existe-t-il des allergies à certains médicaments ? Si oui, lesquelles :

.....

Autres renseignements concernant l'état physique de l'enfant :

.....

Joindre les photocopies des certificats de vaccinations obligatoires ou les certificats de contre-indication.

Couverture sociale de l'enfant :

Caisse primaire de Sécurité Sociale :

Désignation :

N° d'assuré :

Désignation de la mutuelle (éventuellement) :

N° d'assuré :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Qualité (père, mère, ...) :

Nom, prénom :

Adresse personnelle : Tél :

Adresse professionnelle Tél :

Qualité (père, mère, ...) : Nom, prénom :

Adresse personnelle : Tél :

Adresse professionnelle : Tél :

Autorisation des parents en cas d'intervention chirurgicale urgente.

Je soussigné(e) nom, prénom :

demeurant à :

agissant en qualité de : père, mère ; tuteur, tutrice * **responsable**

de l'enfant nom, prénom, date de naissance :

déclare :

- 1) autoriser l'enseignant de la classe dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation.
- 2) avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées :
en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les justificatifs des frais et le dossier médical seront adressés à la famille pour un éventuel remboursement).

A le

Signature :

*rayer les mentions inutiles