

FICHE SANTÉ ENFANT

Nom et prénom _____

Né(e) _____ Garçon Fille

Classe _____

Noms et adresse(s) des parents ou du responsable légal _____

Téléphone domicile et/ou portable _____

Téléphone travail mère _____
père _____

INFORMATIONS PARTICULIÈRES

Allergie _____

Traitement en cours (joindre certificat médical) _____

Précaution particulière _____

Régime alimentaire stricte _____

NB : La garderie périscolaire ne disposant pas d'une infirmerie, il n'est pas possible de donner de traitements (le médecin traitant prescrira les médicaments à prendre en dehors du temps scolaire).

MÉDECIN TRAITANT

Nom prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

AUTORISATION SOINS ET/OU INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e) _____ autorise les enseignants et/ou le personnel d'encadrement à autoriser en cas d'urgence, toute intervention, soins ou hospitalisation pour mon enfant.

A PUY-GUILLAUME, le

« Lu et approuvé »

Père :

Mère :

Signatures

ou responsable légal