



Ecole Communale d'immersion de Pecq

*Avenue des Combattants, 17
7740 Pecq*

 069/55.78.84 – 0498/88.72.07
 ecole.pecq@pecq.be



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE VOTRE ENFANT

(Veuillez la compléter avec le maximum d'informations)

Nom de l'enfant : **Prénom :**

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

Adresse :

Rue/avenue : **Numéro :**

Localité : **Code postal :**

Responsable légal : Père, mère, tuteur* *(Merci d'entourer la ou les réponses)*

Autre :

Adresse du responsable légal, si différente de celle de l'enfant :

.....

Téléphone en cas de nécessité

Tél. fixe + GSM du père :

Tél. fixe + GSM de la mère :

Travail du père :

Travail de la mère :

En cas d'urgence, si les parents sont injoignables, prévenir :

Nom : Téléphone :

Mutuelle :

Coller une vignette

Médecin habituel de l'enfant

Nom :

Adresse :

Téléphone :

S'il est impossible de vous joindre, nous vous signalons qu'en cas d'urgence, votre enfant sera transféré aux urgences le plus proche.

Données médicales :

Groupe sanguin (si connu) :

Rhésus :

Vaccins (date du dernier rappel tétanos) :

Date du vaccin triple (rougeole, rubéole, oreillons) :

Affections particulières (cochez) :

Diabète Asthme Epilepsie

Autre : à détailler, s.v.p :

.....

Traitements éventuels en cours :

.....

Des médicaments peuvent être donnés aux enfants en classe uniquement sur base d'une attestation médicale.

Allergies éventuelles (attestation médicale souhaitée) : (cochez)

Alimentaires

Antibiotiques

Animaux

Médicaments

Sulfamides

Autres :

Aptitudes sportives

Oui

Non

Sous réserve

Sport non autorisé (certificat médical demandé)

Raison :

.....

L'enfant porte habituellement

Des verres correcteurs

Des lentilles

Un appareil auditif

Des semelles orthopédiques

Autre :

Usage des médicaments à l'école – Autorisation parentale

L'école dispose d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations exceptionnelles ou dans l'attente du médecin, le personnel de l'école peut administrer les médicaments suivants, et ce à bon escient : désinfectant, pommade anti-inflammatoire, pommade réparatrice en cas de brûlure.

L'école ne veut pas laisser vos enfants sans soins. Pour cela, elle a besoin de votre autorisation.

Par votre signature, vous marquez votre accord.

Signature pour l'usage des médicaments cités
(En cas de séparation, signature des deux parents)

Si nous ne parvenons pas à vous joindre et qu'une anesthésie s'avère nécessaire pour la santé de votre enfant, l'autorisez-vous ?

Oui / Non (indiquez clairement votre réponse)

Pour le bien de votre enfant, merci de nous avertir de tout changement.

Date : / /

Signature (s)