FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE - CLASSES DE NEIGE

ECOLE : **NOTRE DAME DE LA CONSOLATION** CLASSE : .....

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....
Lieu et date de naissance : .....
Adresse : Rue/Avenue : .....
N° : ..... Bte : ..... Code postal : .....
Localité : .....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE

Nom du père : ..... Prénom : .....
N° de téléphone : ..... N° de GSM : .....
Nom de l'employeur : ..... N° de téléphone : .....

Nom de la mère : ..... Prénom : .....
N° de téléphone : ..... N° de GSM : .....
Nom de l'employeur : ..... N° de téléphone : .....

Nom de la personne qui assume la charge de l'enfant
.....
N° de téléphone : ..... N° de GSM : .....

MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....
N° de téléphone : ..... N° de GSM : .....

Y A-T-IL DES PRECAUTIONS A PRENDRE EN CAS DE SOINS ?

Précisez : Problèmes importants :

Allergies :

Intolérances : - alimentaires :

- médicamenteuses :

L'enfant suit-t-il un traitement médical ?
Si oui, lequel ? .....
.....

Veuillez demander au médecin de préciser le traitement par un certificat médical et le remettre au titulaire de classe avant le départ.

Les médicaments doivent être emballés et remis à la titulaire de classe avant le départ (avec le nom et le prénom de l'enfant) + CARTE EUROPEENNE D'ASSURANCE MALADIE DE L'ENFANT.
Pas de médicament dans la valise ou dans la trousse de toilettes, SVP !

L'enfant a-t-il été malade ?

	rougeole		coqueluche		Diabète		affection cardiaque
	rubéole		méningite		Asthme		rhumatisme articulaire
	oreillons		hépatite		eczéma		crise d'acétone
	varicelle		convulsion		urticaire		a-t-il séjourné dans un pays tropical ?
	scarlatine		épilepsie		rhume des foins		
	autres maladies ? (précisez) :						

L'enfant a-t-il été accidenté ? quand ? .....
fractures : .....
autres : .....

L'enfant a-t-il été hospitalisé ?
Si oui, pourquoi et quand ? .....

L'enfant a-t-il été opéré ?
Si oui, de quoi et quand ? .....

Taille et poids de l'enfant ?	Cm	Kg
L'enfant est-il vite fatigué ?	Oui	Non
L'enfant est-il incontinent le jour ou la nuit ?	Oui	Non

L'enfant a-t-il déjà pratiqué le ski ?	Oui	Non
L'enfant peut-il participer sans inconvénient aux activités sportives ?	Oui	Non
L'enfant peut-il participer sans inconvénient aux jeux de son âge ?	Oui	Non

TRES IMPORTANT - INDISPENSABLE

L'enfant est-il vacciné contre :
- la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (diteper)
- **date du rappel** de 6 ans

Dates			

AUTORISATION

Je soussigné .....
(père-mère-personne responsable de l'enfant .....)
autorise le médecin ou le dentiste à procéder en cas d'urgence à tout acte médical ou dentaire indispensable pour lequel le consentement parental ne pourrait être obtenu dans les délais utiles.

En cas de méningite bactérienne dans le groupe, j'autorise mon enfant à recevoir des antibiotiques pour éviter l'apparition de nouveaux cas : **OUI -NON**

En vue du bon déroulement des classes de neige et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données médicales et sensibles figurant sur ce formulaire d'inscription (articles 6 et 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la vie privée).

Fait à ....., le ..... NOM ET SIGNATURE