

FICHE MEDICALE 2020– MAIRIE DE PERS-JUSSY – SERVICE ENFANCE JEUNESSE

NOM :

PRENOM :

SEXE : FEMININ / MASCULIN

DATE DE NAISSANCE :

GROUPE SANGUIN :

DATE DU **DERNIER RAPPEL** du **VACCIN** DIPHTERIE- TETANOS-POLIOMYELITE (**copie du carnet de santé obligatoire**)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

L'ENFANT A-T-IL **DES ALLERGIES CONNUES** ? SI OUI, PRECISEZ et INDIQUEZ LA CONDUITE A TENIR SI NECESSAIRE :

L'ENFANT A-T-IL ou A-T-IL EU **DES DIFFICULTES DE SANTE** ? (MALADIE, ACCIDENT, HOSPITALISATION, OPERATION,...)

L'ENFANT A-T-IL UN **TRAITEMENT EN COURS** ?

L'ENFANT BENEFICIE T-IL D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (**P.A.I.**) ?

MEDECIN TRAITANT :

NOM :

ADRESSE :

TEL :

Je soussigné _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Service Enfance à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant pendant toute l'année scolaire en cours.

Date :

Signature :