

FICHE MEDICALE 2023 – MAIRIE DE PERS-JUSSY – SERVICE ENFANCE JEUNESSE

NOM : _____ **PRENOM :** _____

GENRE : FEMININ / MASCULIN

DATE DE NAISSANCE et LIEU DE NAISSANCE : _____

GROUPE SANGUIN : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

DATE DES DERNIERS RAPPELS DE VACCINS (Copie du carnet de vaccination obligatoire)

D.T.Polio	Coqueluche	Haemo Infl. b	Pneumocoque	Hépatite B	R.O.R	Meningocoque

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

L'ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I ? **(Obligatoire en cas d'allergie ou traitement)**

- Allergies :

- Traitement :

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

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 :