

Elève :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Classe :

Personne à contacter en cas d'urgence :

	Père	Mère	Autre Personne (lien avec l'enfant)
Nom / Prénom			
Tel Portable			
Tel Travail			

Votre Médecin traitant :

Non et Prénom :

Adresse :

Tel :

Renseignements médicaux :

Votre enfant est-il allergique à :

Certains Médicaments : Non Oui si oui, précisez lesquels :

Certains Aliments : Non Oui si oui, précisez lesquels :

Autre (précisez) :

L'enfant a-t-il actuellement un suivi pour :

Bégaïement, dyslexie : Non Oui

Suivi Orthophonique : Non Oui

Déficience auditive : Non Oui

Porte-t-il des lunettes : Non Oui

Autre (précisez)

Vaccination : Joindre une photocopie du carnet de vaccination mentionnant les vaccins ci-dessous

	DTP	BCG	FIEVRE JAUNE
DATE			

Dispositions Covid19 : l'Ecole la Marelle se conformera aux mesures préconisées par l'Education Nationale et le Ministère de la Santé Congolais.

Autorisation :

Je soussigné

....., parents
de l'enfant Autorise :

- L'école LA MARELLE à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence : transfert chez Netcare en ambulance (à la charge des parents)
- L'école LA MARELLE après échange téléphonique avec le responsable légal, à administrer du Paracétamol (Doliprane enfant) en cas de fièvre
- L'école La MARELLE à soigner mon enfant pour des blessures légères

DATE :

Signature des Parents :