

DOSSIER MEDICAL

MÉDECIN TRAITANT :

Adresse :
..... Tél. :

Personnes à contacter en cas d'accident ou de problème :

M..... Tél. :
M..... Tél. :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

BCG date : TEST TUBERCULINIQUE date :
DIPHTERIE date du dernier rappel :
TETANOS date du dernier rappel :
POLIO date du dernier rappel :

VACCINATIONS RECOMMANDÉES :

ROR (rougeole-oreillons-rubéole) date :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Opération :
Date :
Autres :
Surveillance particulière :

REGIMES ALIMENTAIRES :

Végétarien Sans porc

Allergies, intolérances :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M. ou Mme _____

père, mère de l'enfant _____

- autorise l'école ERIDAN à faire transporter mon enfant à l'hôpital en cas d'urgence ainsi que les médecins à pratiquer une anesthésie générale et une intervention chirurgicale à mon enfant. Oui : Non :

- autorise l'école ERIDAN à prendre des photos et/ou à filmer mon enfant, et les publier sur internet .

Site de l'école : Oui : Non : Réseaux sociaux : Oui : Non :

- autorise l'école ERIDAN à transporter mon enfant lors de sorties effectuées pendant le temps scolaire, soit en transport en commun - soit voitures particulières avec enseignants et parents accompagnants. Oui : Non :