



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Vignette à coller

Nom de la mutuelle :

Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Renseignements pour le médecin :

L'enfant est-il allergique :

- À des médicaments ? **oui-non.** Si oui, lesquels ?
- À des aliments ? **oui-non.** Si oui, lesquels ?
- À d'autres produits ? **oui-non.** Si oui, lesquels ?

Nous certifions que notre enfant est vacciné selon les recommandations de l'ONE.

Nous autorisons l'école à utiliser un désinfectant neutre pour nettoyer les plaies de notre enfant s'il se blesse.

Nous autorisons l'école à appliquer une pommade à l'arnica à notre enfant en cas de contusion.

Autres renseignements utiles :

Mesures préventives en cas de méningite à méningocoque

Si un cas de méningite survient dans l'école, un traitement préventif peut être administré en cas de nécessité.

J'autorise le médecin scolaire à donner à mon enfant le traitement préventif contre le méningocoque s'il a été en contact, à l'école, avec un élève atteint de cette infection.

Je n'autorise pas le médecin scolaire à donner à mon enfant le traitement préventif contre le méningocoque et je m'engage à le retirer de l'école le plus rapidement possible et à lui faire prescrire, si nécessaire, un traitement préventif approprié par le médecin de mon choix.

DATE :

SIGNATURE DES PARENTS :