

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

RENSEIGNEMENTS MEDICO-SCOLAIRES

NOM de l'élève : _____

Prénoms : _____

Classe : _____

Date de naissance : _____

NOM du père (ou tuteur) : _____

NOM de la mère : _____

Adresse : _____

Numéro(s) de téléphone (pour joindre les parents en cas d'urgence) :

____/____/____/____/____
____/____/____/____/____
____/____/____/____/____

Date du dernier rappel antitétanique : _____

Groupe sanguin : _____ Nombre de déterminations : _____
(joindre la photocopie de la carte du groupe sanguin)

Pathologie(s) dont souffre l'élève nécessitant d'être connue(e) et dont les données pourront être communiquées au médecin scolaire qui jugera s'il y a lieu de vous recevoir ainsi que votre enfant.

En cas d'urgence nécessitant une hospitalisation immédiate, je prends note que l'établissement fait appel aux services d'urgence qui décideront du lieu d'hospitalisation.

Signature du responsable :

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

DOCUMENT A RENDRE IMPERATIVEMENT LE 2 SEPTEMBRE 2024 AU PROFESSEUR PRINCIPAL