



**ACADÉMIE
DE NANCY-METZ**
DE LIAISON

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'Éducation nationale
de Meurthe-et-Moselle

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon *

Fille : *

II) VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Joindre les photocopies du carnet de santé à cette fiche.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE
CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE
CONTRE-INDICATION

2) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui *

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OURELLONS	
Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *	

ALLERGIES : ASTHME : Oui * Non *
ALIMENTAIRES : Oui * Non *

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

**INDIQUEZ CI-APRES :
LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES,
HOSPITALISATIONS, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES
PRECAUTIONS A PRENDRE**



ACADÉMIE
DE NANCY-METZ
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de Meurthe-et-Moselle

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon * Filles *

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT

1) VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Joindre les photocopies du carnet de santé à cette fiche.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

	L'enfant suit-il un traitement médical ?	
	oui *	Non *
1. Sexe		
2. Âge		
3. Niveau d'étude		
4. Niveau de revenu		
5. Niveau de consommation		
6. Niveau de consommation		
7. Niveau de consommation		
8. Niveau de consommation		
9. Niveau de consommation		
10. Niveau de consommation		
11. Niveau de consommation		
12. Niveau de consommation		
13. Niveau de consommation		
14. Niveau de consommation		
15. Niveau de consommation		
16. Niveau de consommation		
17. Niveau de consommation		
18. Niveau de consommation		
19. Niveau de consommation		
20. Niveau de consommation		
21. Niveau de consommation		
22. Niveau de consommation		
23. Niveau de consommation		
24. Niveau de consommation		
25. Niveau de consommation		
26. Niveau de consommation		
27. Niveau de consommation		
28. Niveau de consommation		
29. Niveau de consommation		
30. Niveau de consommation		
31. Niveau de consommation		
32. Niveau de consommation		
33. Niveau de consommation		
34. Niveau de consommation		
35. Niveau de consommation		
36. Niveau de consommation		
37. Niveau de consommation		
38. Niveau de consommation		
39. Niveau de consommation		
40. Niveau de consommation		
41. Niveau de consommation		
42. Niveau de consommation		
43. Niveau de consommation		
44. Niveau de consommation		
45. Niveau de consommation		
46. Niveau de consommation		
47. Niveau de consommation		
48. Niveau de consommation		
49. Niveau de consommation		
50. Niveau de consommation		
51. Niveau de consommation		
52. Niveau de consommation		
53. Niveau de consommation		
54. Niveau de consommation		
55. Niveau de consommation		
56. Niveau de consommation		
57. Niveau de consommation		
58. Niveau de consommation		
59. Niveau de consommation		
60. Niveau de consommation		
61. Niveau de consommation		
62. Niveau de consommation		
63. Niveau de consommation		
64. Niveau de consommation		
65. Niveau de consommation		
66. Niveau de consommation		
67. Niveau de consommation		
68. Niveau de consommation		
69. Niveau de consommation		
70. Niveau de consommation		
71. Niveau de consommation		
72. Niveau de consommation		
73. Niveau de consommation		
74. Niveau de consommation		
75. Niveau de consommation		
76. Niveau de consommation		
77. Niveau de consommation		
78. Niveau de consommation		
79. Niveau de consommation		
80. Niveau de consommation		
81. Niveau de consommation		
82. Niveau de consommation		
83. Niveau de consommation		
84. Niveau de consommation		
85. Niveau de consommation		
86. Niveau de consommation		
87. Niveau de consommation		
88. Niveau de consommation		
89. Niveau de consommation		
90. Niveau de consommation		
91. Niveau de consommation		
92. Niveau de consommation		
93. Niveau de consommation		
94. Niveau de consommation		
95. Niveau de consommation		
96. Niveau de consommation		
97. Niveau de consommation		
98. Niveau de consommation		
99. Niveau de consommation		
100. Niveau de consommation		

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREillons	
Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *	Oui * Non *	

ALLERGIES :	ASTHME :	Oui *	Non *
	ALIMENTAIRES :	Oui *	Non *
	MEDICAMENTEUSES :	Oui *	Non *
	AUTRES :	Oui *	Non *

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

INDIQUEZ CI-APRES :
LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES,
HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES
PRECAUTIONS A PRENDRE

3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES,
DES PROTHESES DENTAIREES, ETC..... PRECISEZ

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT : NON * OCCASIONNELLEMENT * OUI *
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST ELLE REGLEE : NON * OUI *

4) RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : Portable : Travail :

Père : Domicile : Portable : Travail :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Je soussigné (e) Responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas
échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires
par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES,
DES PROTHESES DENTAIREES, ETC..... PRECISEZ

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT : NON * OCCASIONNELLEMENT * OUI *
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST ELLE REGLEE : NON * OUI *

4) RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : Portable : Travail :

Père : Domicile : Portable : Travail :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Je soussigné (e) Responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas
échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires
par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :