

Ecole fondamentale « Francisco Ferrer »  
Tubize  
15, rue Francisco Ferrer  
1480 Tubize  
☎ 02 / 355 30 79  
☎ 02 / 355 81 16  
✉ dir.efcf.tubizecentre@skynet.be

*Madame, Monsieur, Chers parents,*

***Concerne : les renseignements médicaux de votre enfant. Veuillez la compléter avec le maximum d'informations.***

**Nom de l'enfant :**..... **Prénom :**.....

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :**.....

**Adresse :**

**rue/avenue :**..... **numéro :**.....

**localité :** ..... **code postal :**.....

**Responsable légal :** Père, mère, tuteur\* (*Merci d'entourer la ou les réponses*)

Autre : .....

Adresse du responsable légal, si différente de celle de l'enfant : .....

**Téléphone en cas de nécessité :**

Tél. fixe + GSM du père : .....

Tél. fixe + GSM de la mère : .....

Travail du père : .....

Travail de la mère : .....

En cas d'urgence, si les parents sont injoignables, prévenir :

Nom :.....

Téléphone :.....

**Mutuelle :**

**Coller une vignette**

**Médecin habituel de l'enfant :**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**S'il est impossible de vous joindre, nous vous signalons qu'en cas d'urgence, votre enfant sera transféré aux urgences le plus proche.**

**Données médicales :**

Groupe sanguin (si connu) : ..... rhésus : .....

Vaccins : Date du dernier rappel tétanos : .....

Date du vaccin triple : rougeole, rubéole, oreillons : .....

Affections particulières : (Cochez)

diabète  asthme  épilepsie

Autre : à détailler, s.v.p :

.....

**Traitements éventuels en cours :**

.....

.....

*Des médicaments peuvent être donnés aux enfants en classe uniquement sur base d'une attestation médicale.*

**Allergies éventuelles** (attestation médicale souhaitée) : (cochez)

Alimentaires

Antibiotiques

Animaux

Médicaments

Sulfamides

Divers : .....

Précisions :

.....

.....

**Aptitudes sportives :**

oui

non

sous réserve

Sport non autorisé (certificat médical demandé) : .....

Raison :

.....

.....

**L'enfant porte habituellement**

Des verres correcteurs   

Des lentilles   

Un appareil auditif   

Des semelles orthopédiques   

Autre     : .....

**Usage des médicaments à l'école – Autorisation parentale :**

L'école dispose d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations exceptionnelles ou dans l'attente du médecin, le personnel de l'école peut administrer les médicaments suivants, et ce à bon escient : désinfectant, paracétamol, pommade anti-inflammatoire, pommade réparatrice en cas de brûlure, granules d'arnica. L'école ne veut pas laisser vos enfants sans soins. Pour cela, elle a besoin de votre autorisation. Par votre signature, vous marquez votre accord.

**Signature pour l'usage des médicaments cités (En cas de séparation, signature des deux parents) :**

.....  
.....

***N.B. : Si nous ne parvenons pas à vous joindre et qu'une anesthésie s'avère nécessaire pour la santé de votre enfant, l'autorisez-vous? OUI / NON\* (indiquez clairement votre réponse)***

**Pour le bien de votre enfant, merci de nous avertir de tout changement.**

**Date : .... /.... /.....**

**Signature**

