

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS (2<sup>ème</sup> enfant)

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
 Garçon :  Fille **DATE DE NAISSANCE :** .....  
**ECOLE :**  Saint-Gildas  Communale **CLASSE (Sept. 2018) :** .....  
 Four à Pain (Locmaria)  Autres (Préciser) .....

Merci de cocher à titre informatif le(s) service(s) dont vous pensez avoir besoin au cours de l'année 2018/2019

Accueil Périscolaire  Restaurant Scolaire  ALSH Locqueltas/Locmaria-Grand-Champ  
 **TRANSPORTS SCOLAIRES :**  MATIN  SOIR  
(se renseigner auprès de GMVA – 02.97.68.14.24)

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT CET ENFANT :

Vaccins obligatoires : (joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé)

DT POLIO :  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

Vaccins recommandés :

R.O.R :  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

Hépatite B:  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

Coqueluche :  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

B.C.G. :  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

Autres (préciser) : .....

L'Enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Si oui, cochez la case correspondante) :

Rubéole  Varicelle  Coqueluche  Otite  
 Angine  Scarlatine  Rougeole  Oreillons

L'enfant suit-il un traitement médical :  NON  OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Pas d'auto-médication, aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**Allergie** (Préciser l'allergène et recommandations particulière du médecin) : .....

**Asthme :**  NON  OUI.....

Protocole :  NON  OUI.....

**Alimentaires :**  NON  OUI.....

Protocole :  NON  OUI.....

**Médicamenteuses :**  NON  OUI.....

**Autres :**  NON  OUI.....

**Les difficultés de santé :** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre : .....

**Autres recommandations** à prendre (votre enfant porte t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il le mal des transports,... ?) : .....

**Évènements particuliers** de la vie de l'enfant que vous pensez utiles de nous communiquer : .....

**Date et signature(s) :**

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS (3<sup>ème</sup> enfant)

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
 Garçon :  Fille **DATE DE NAISSANCE :** .....  
**ECOLE :**  Saint-Gildas  Communale **CLASSE (Sept. 2018) :** .....  
 Four à Pain (Locmaria)  Autres (Préciser) .....

Merci de cocher à titre informatif le(s) service(s) dont vous pensez avoir besoin au cours de l'année 2018/2019

Accueil Périscolaire  Restaurant Scolaire  ALSH Locqueltas/Locmaria-Grand-Champ  
 **TRANSPORTS SCOLAIRES :**  MATIN  SOIR  
(se renseigner auprès de GMVA – 02.97.68.14.24)

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT CET ENFANT :

Vaccins obligatoires : (joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé)

DT POLIO :  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

Vaccins recommandés :

R.O.R :  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

Hépatite B:  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

Coqueluche :  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

B.C.G. :  NON  OUI Date du dernier rappel : .....

Autres (préciser) : .....

L'Enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Si oui, cochez la case correspondante) :

Rubéole  Varicelle  Coqueluche  Otite  
 Angine  Scarlatine  Rougeole  Oreillons

L'enfant suit-il un traitement médical :  NON  OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Pas d'auto-médication, aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**Allergie** (Préciser l'allergène et recommandations particulière du médecin) : .....

**Asthme :**  NON  OUI.....

Protocole :  NON  OUI.....

**Alimentaires :**  NON  OUI.....

Protocole :  NON  OUI.....

**Médicamenteuses :**  NON  OUI.....

**Autres :**  NON  OUI.....

**Les difficultés de santé :** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre : .....

**Autres recommandations** à prendre (votre enfant porte t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il le mal des transports,... ?) : .....

**Évènements particuliers** de la vie de l'enfant que vous pensez utiles de nous communiquer : .....

**Date et signature(s) :**