

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS (2^{ème} 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^{ème} 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) :