



Date / *date*:

Classe/*class*:

Nom / *name*:

Date de naissance / *date of
birth*:.....

Prénom / *first name*:

Lieu de naissance / *place of birth*:
.....

Taille / *height*:

Poids / *weight*:
.....

Votre enfant a-il eu / *has your child had* :

Typhoïde <i>Typhoid</i>	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>	Scarlatine Scarlet fever	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>	Rougeole Measles	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>
Diphtérie <i>Diphtheria</i>	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>	Coqueluche Whooping cough	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>	Oreillons Mumps	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>
Otite <i>Otitis</i>	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>	Varicelle Chickenpox	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>	Rubéole German measle	oui/yes <input type="checkbox"/> non/no <input type="checkbox"/>

**Votre enfant est-il sujet à des allergies / *does your child suffer from
allergies ?*** oui/yes non/no

Si oui, lesquelles/*if so, which*: _____

Est-il asthmatique / *is he or she asthmatic?* oui/yes non/no

Interventions chirurgicales subies / *what operations has he-she had :*
(nature et dates/*nature & dates*)

Votre enfant porte-t-il des lunettes / *does your child wear glasses ?*
Oui/yes non/no

Autres prothèses / *other prosthetics* :

Vaccinations/vaccinations :

(Joindre une photocopie du carnet de vaccination/*please supply a photocopy of vaccination certificate*)

		Date/date	Date du dernier rappel/date of last injection
Vaccin contre la variole/vaccination injection against smallpox	oui/yes <input type="checkbox"/> ; non/no <input type="checkbox"/>		
ROR	oui/yes <input type="checkbox"/> ; non/no <input type="checkbox"/>		
Pentacoq	oui/yes <input type="checkbox"/> ; non/no <input type="checkbox"/>		
BCG	oui/yes <input type="checkbox"/> ; non/no <input type="checkbox"/>		
Sérum antitétanique/ <i>antitetanus serum</i>	oui/yes <input type="checkbox"/> ; non/no <input type="checkbox"/>		
Sérum anti-diphthérique/ <i>antidiphtheria serum</i>	oui/yes <input type="checkbox"/> ; non/no <input type="checkbox"/>		
Autres, à préciser / <i>others, pls specify</i>	oui/yes <input type="checkbox"/> ; non/no <input type="checkbox"/>		

Médicaments et soins journaliers à donner à votre enfant /

medicines & other treatments to be provided to your child:

(Joindre l'ordonnance/include prescription)

Autorisez-vous l'école à administrer à votre enfant en cas de fièvre du paracétamol / in case on fever do you authorise the school to give your child paracetamol ? si oui, quel dosage/if so, what dosage:

Existe-t-il des contre indications médicales pour la pratique de certaines activités / are there medical contra-indications to any particular activities ? Oui/yes non/no

Si oui, lesquelles/if so, which:

Renseignements complémentaires/other information :

Assurances/insurance (organismes dont dépend le responsable de l'enfant/*organisations covering the child's legal guardians*) :

Sécurité sociale N°/ <i>social security nber:</i> _____	Mutuelle/ <i>mutual insurance company:</i> Désignation/ <i>name:</i> _____ N° d'assuré/ <i>Policy No:</i> _____
Assurance scolaire/ <i>school insurance:</i> Désignation/ <i>company:</i> _____ N° d'assuré/ <i>policy No:</i> _____	Autres / <i>others:</i>

Signature des parents ou du tuteur légal / signature of parents or legal guardian: