

NOM Prénom de l'élève : (en majuscules svp) .....

Classe : .....

**Niveau médical et situation familiale DE L'ENFANT :**

En complétant les informations de cet encadré, vous consentez à nous permettre le traitement de ces données, afin de permettre la prise en charge de votre enfant en cas de situation nécessitant ces informations (cantine, urgence, sorties scolaires). Vous pouvez à tout moment retirez votre consentement pour l'utilisation de ces renseignements médicaux en contactant le secrétariat.

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Renseignements MEDICAUX importants que vous jugez utiles de nous communiquer :

.....  
.....

**ALLERGIES :** .....

.....  
.....

**Si l'enfant a besoin d'une pharmacie spécifique, annexe 2 à remplir et dépôt de la pharmacie au secrétariat**

**OUI - NON**

SITUATION FAMILIALE particulière à signaler à l'école :

.....  
.....

Fait à, \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature Parents 1 et/ou 2 :