

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ANNÉE SCOLAIRE 2015-2016

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....

#### Renseignements concernant le MEDECIN TRAITANT

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 N° de Téléphone : ..... Mail : .....

#### Prescriptions particulières

Incompatibilités médicamenteuses : .....  
 Allergies diverses : .....  
 Eventuels traitements médicaux (joindre la copie de l'ordonnance) : .....  
 Toute autre information que vous jugerez utile de porter à notre connaissance : .....

#### Personnes à prévenir en cas d'urgence

Pour les parents, nous indiquer le N° de Téléphone du domicile et du lieu de travail :

Mère	Père
Domicile : .....	Domicile : .....
Travail : .....	Travail : .....
Mail : .....	Mail : .....

S'il nous est impossible de vous joindre, autres personnes à contacter :

Nom et Prénom : .....  
 N° de Téléphone : .....  
 Lien de parenté : .....

Nom et Prénom : .....  
 N° de Téléphone : .....  
 Lien de parenté : .....

Document à renvoyer impérativement avant le **15 Août 2015**