

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT pour l'année scolaire 2026-27	
CLASSE :	
Nom	
Prénom	
Né(e) le	
Lieu de naissance	
Rue	
Numéro/boîte	
Code postal	
Localité	
PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
RESPONSABLE 1	
Nom	
Prénom	
GSM/Tél.	
Courriel	
RESPONSABLE 2	
Nom	
Prénom	
GSM/Tél.	
Courriel	
INFORMATIONS CONCERNANT LA MUTUELLE	
Nom de la mutuelle	
coller une vignette	

INFORMATIONS CONCERNANT LE MÉDECIN TRAITANT	
NOM	
Prénom	
GSM/Tél.	
Rue	
Numéro/boîte	
Code postal	
Localité	
INFORMATIONS CONCERNANT LES MÉDICAMENTS ET/OU ALLERGIES DE L'ENFANT	

En cas de pathologie et/ou traitement médical spécifique, remplir l'annexe 2 (obligatoire).

Votre enfant prend-il/elle actuellement des médicaments ?	
Oui/non	
Votre enfant souffre t-il de maladie(s) ?	
Oui/non	
ALLERGIES à certains aliments/médicaments	
Oui/non	
REGIME ALIMENTAIRE votre enfant suit-il un régime alimentaire ?	
Oui/non	

VACCINATIONS Votre enfant est-il vacciné contre :	
Tétanos ?	Oui/non
Rubéole ?	Oui/non
Polio ?	Oui/non
Rougeole ?	Oui/non
Autre ?	Oui/non

Nous confirmons l'exactitude des données récoltées dans la fiche médicale,
Date et signature :