



NOM : Prénom :
Né(e) le :/...../..... à

Médecin traitant :

Nom, prénom et adresse :
..... Tél :/.....

L'élève souffre-t-il de :

Asthme Diabète Epilepsie Enurésie Somnambulisme Incontinence
 Allergie alimentaire :ou autre :
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?
 Affection spécifique :

Date et nature des derniers vaccins :

Tétanos : Oui – Non date du dernier rappel :/...../.....
Autres : date du dernier rappel :/...../.....

Autres renseignements que vous jugez important de signaler (sommeil, port lunettes ou appareil auditif,...)
.....
.....
.....

Médication :

Votre enfant suit-il un traitement spécifique ?
Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ? Si oui, lesquels :
Quelles sont les conséquences ?

Les éducateurs disposent d'une trousse de 1^{ers} soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer certains médicaments usuels à bon escient (antidouleur-anti-inflammatoire- paracétamol-désinfectant, ...).

« Je marque mon accord pour – je refuse¹ que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris par les responsables du collège. J'autorise – je n'autorise pas² le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de mon enfant »

Signature des parents :

Date : le / / 201

Collège de Godinne-Burnot

¹ Biffez la mention inutile.

² Biffez la mention inutile.