**AUMONERIE de l’ENSEIGNEMENT PUBLIC**

 **19 avenue Rabelais – 92160 ANTONY Année 2018-2019**

 **09 66 13 32 86**

**FICHE MEDICALE SUCCINTE**

**JEUNE :**

Nom : …………………………………………………………. Prénom : ……………………………………………

Date de naissance : …………………………..

**VACCINATIONS :**

DTPolio à jour : □oui □non

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Votre enfant a une maladie chronique : □oui □non

 Remarques :

Votre enfant est allergique : □oui □non

 Si oui : □asthme □allergies alimentaires □allergies médicamenteuses

Préciser la cause de l’allergie (notamment pour les allergies alimentaires) et la conduite à tenir : …………………………………………………………….

Votre enfant a en permanence un traitement sur lui : □oui □non

 Si oui, lequel : …………………………………………

**RESPONSABLE DE L’ENFANT** :

Nom : ……………………………………. Prénom : …………………………………………..

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………

Tél domicile : ……………………………………. Tél bureau : …………………………………………………….

Tél portable : ……………………………………………….

Je soussigné, …………………………………………….., père, mère, tuteur (1), responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’AEP et les animateurs de son équipe à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales ou chirurgicales, rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Je m’engage à avertir l’aumônerie de tout changement survenant au cours de l’année scolaire.

Date : ……………………………….. Signature :

(1) rayer les mentions inutiles