



# VILLE DE CUERS

Certificat médical à compléter seulement  
pour les écoles J. Jaurès 1, J. Jaurès 2 et Jean Moulin élémentaire

## FICHE ENFANT – RECOMMANDATIONS SANITAIRES

### Enfant

Nom et prénom .....	N° Allocataire .....
Né(e) le ...../...../.....	Ecole .....
Quotient familial.....	Classe .....

### Responsables légaux

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	E-mail	Situation familiale
.....	.....	...../...../...../...../.....	.....	.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	.....	.....

### Contacts, déplacement de l'enfant

Habilité (1)	Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Principal
<input type="checkbox"/>	.....	.....	...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	.....	.....	...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	.....	.....	...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/>

(1) : habilité à venir chercher l'enfant

### Informations médicales, observations spéciales

Médecin traitant..... Tél. : ...../...../...../...../.....

Rentre seul    Oui     Non     Si oui, à partir de ..... h.....

Observations .....

**Divers**

Droit à l'image                       Droit à la baignade

**Allergies connues**

Alimentaires                       Asthme                       Médicamenteuse                       Autres

**L'enfant a eu les maladies suivantes**

Angine                       Coqueluche                       Oreillons                       Otite                       Varicelle

Rhumatisme articulaire                       Rougeole                       Rubéole                       Scarlatine

**L'enfant porte :**

Lunettes                       Lentilles                       Autres

Prothèses auditives                       Prothèses dentaires

**Vaccinations effectuées**

BCG                       Coqueluche                       Diphtérie                       DT Polio                       Hépatite B                       Poliomyélite

Rubéole-Oreillons-Rougeole                       Tétanos                       Tétracoq                       Autres

Je soussigné(e) responsable de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Responsable du Péricolaire à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.



# VILLE DE CUERS

Certificat médical à compléter seulement  
pour les écoles J. Jaurès 1, J. Jaurès 2 et Jean Moulin élémentaire

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le ou la jeune .....

Il ou elle ne présente aucun signe de maladie contagieuse.

Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations.

Il ou elle est apte à fréquenter un accueil en périscolaire et à pratiquer des activités physiques et sportives.

Observations éventuelles : .....

A .....

Le .....

Signature

Cachet ou Nom, adresse et téléphone du médecin