École "Les Tournesols"
Rue du Cherche-Midi
56220 Malansac
Tel : 02.97.66.17.74
Email : lestournesols@wanadoo.fr

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

ENFANT :
Nom : ……..…… Prénom : ……..…..……Classe : ……Sexe : □ M □ F
Adresse : …….....

MEDECIN TRAITANT :
Nom : ……..……...…… Prénom : ……..……Téléphone : ……

VACCINATIONS :

Vaccins obligatoires (pour tous)	Diphtérie	Tétanos	Poliomyélite		
Dates du dernier rappel					
Vaccins obligatoires (enfants nés à partir du 01/01/2018)	coqueluche	Haemophilus influenzae b	hépatite B	méningocoque C	pneumocoque
Dates du dernier rappel					
Vaccins obligatoires (enfants nés à partir du 01/01/2018)	rougeole	oreillons	rubéole		
Dates du dernier rappel					

ALLERGIES
Nous notons ci-dessous les allergies de notre enfant. Si l'enfant ne présente pas d'allergie noter **NEANT.**
……

PAI
Notre enfant a bénéficié d'un **P**rojet d'**A**ccompagnement **I**ndividualisé en 2019-2020 (asthme, diabète, allergies…) :
□OUI □NON Si oui, objet du PAI : ……
Notre enfant a besoin d'un PAI pour l'année scolaire 2020-2021 : □OUI □NON

INFORMATIONS UTILES
Noter ci-dessous si votre enfant porte des lunettes, lentilles, pacemaker, prothèses auditives, dentaires...
……..…

AUTORISATION

PHOTOGRAPHIE ET INTERNET
Autorisons notre enfant à être pris en photo ou à être filmé dans le cadre scolaire pour diverses occasions (fêtes, représentations, sorties scolaires…) et pour tout usage (presse, informations pour les parents, site internet…) : □OUI □NON

TRANSPORTS
Autorisons notre enfant à prendre le car, le train… pour toutes sorties scolaires organisées par l'école.
□OUI □NON

DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE
Autorisons Mme BEDARD Virginie, directrice de l'école Les Tournesols de Malansac, ou en son absence l'enseignant qui a délégation, **en cas d'urgence**, toutes les dispositions de transports, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par les services appelés (SAMU, pompiers, médecins) et ce seulement en cas d'impossibilité de joindre l'un des représentants légaux de notre enfant : □OUI □NON

Fait à : ……..… le ……..…… Signatures :