



26, rue Jean Allemane
94500 - CHAMPIGNY SUR MARNE
☎ 01.47.06.32.08
e-mail : emp-pro@afaser.org

Année scolaire 2024 – 2025

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELLE

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse de résidence de l'enfant :

.....

Numéro de sécurité sociale de rattachement :

Nom de l'assuré(e) :

NUMEROS DE TELEPHONE

Représentant légal : père mère autre

Téléphone domicile :

Téléphone Portable :

Téléphone professionnel :

Autre personne à joindre en cas d'urgence :
.....

Représentant légal : père mère autre

Téléphone domicile :

Téléphone Portable :

Téléphone professionnel :

Autre personne à joindre en cas d'urgence :
.....

Mon enfant porte :

Appareil dentaire

Lunettes

Appareil auditif

Autre :

Régime alimentaire :

Oui

Non

Précisez :

(Joindre ordonnance)

Mange du porc

Mange de la viande

Allergies :

.....

.....

Traitements réguliers :

.....

.....

(joindre OBLIGATOIREMENT la copie de l'ordonnance)

Médecin traitant :

.....

Médecin(s) spécialiste(s) :

.....

.....

Contre-indications médicamenteuses :

.....

.....

**En cas de traitement ponctuel, faire parvenir l'ordonnance
avec le traitement qui restera à l'établissement**

Document recto-verso

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e)(1)

père, mère, responsable légal (2) de l'enfant

Accorde aux responsables de l'E.M.P – E.M.Pro AFASER le droit de

Solliciter les services d'urgence et/ou de les autoriser l'équipe médicale à pratiquer une intervention chirurgicale urgente ou à prescrire et appliquer des soins ou traitements médicaux, tant pendant le temps de présence à l'E.M.P. – E.M.Pro que pendant les sorties et les transferts

Dans tous les cas, la famille sera informée des démarches entreprises pour son enfant.

Fait à, le.....

Signature :

(1) nom du père ou de la mère ou du responsable légal

(2) Rayer les mentions inutiles