

Fiche complémentaire

Élève : Classe :

Santé

Votre enfant présente-t-il un problème de santé ?

- | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|---|
| 1. Asthme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| 2. Épilepsie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| 3. Diabète | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| 4. Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| 5. Troubles visuels | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Verres | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Troubles auditifs | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Appareils | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Allergie alimentaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, spécifiez : | |
| 8. Problèmes physiques | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, spécifiez : | |
| 9. Retard de langage | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, spécifiez : | |
| 10. Autres | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, spécifiez : | |

NB : Joindre le bilan de santé si nécessaire

Média

Autorisation de filmer et/ou photographier mon enfant

- J'autorise gracieusement la publication d'images et de vidéos de mon enfant dans les pages officielles de l'école sur les réseaux sociaux.
- Je n'autorise pas la publication d'images et de vidéos de mon enfant

Je soussigné (e),.....parent/tuteur de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :