

## 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 :