

• **Vaccinations**

- BCG
- Dernier rappel du vaccin Diphtérie-Tetano-Polio (DTP)
- Autres vaccinations

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

Vaccin	Date

• **Maladies**

• **Interventions chirurgicales**

Intervention	Date

• **Allergies**

• **Traitements médicaux**

Les renseignements (ou documents) confidentiels sont à transmettre sous pli fermé ou par mail medical@injs-paris.fr à l'attention du médecin ou de l'infirmière.

En signant ce document, les responsables de l'élève s'engagent à transmettre toute information utile au service médical (traitement en cours avec ordonnance, résultats d'examens et tout compte rendu médical...).

OBLIGATOIRE

Signature du Responsable 1

Père Mère Tuteur Autre :

OBLIGATOIRE

Signature du Responsable 2

Père Mère Tuteur Autre :

Merci de remplir tout le document et de signer avant de nous le renvoyer