Les Francs-Bourgeois
21, rue Saint-Antoine
75004 Paris
Tél : 01 44 59 20 90

CLASSE :

CERTIFICAT à faire établir par le médecin de famille

SERVICE MEDICAL

Le docteur : _____

Certifie que l'enfant : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

1 - ☐ subit / ☐ ne subit un traitement de longue durée pour une affection ☐ chronique / ☐ non chronique

un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est-il nécessaire ? ☐ oui ☐ non

2 – peut fréquenter une collectivité scolaire et y exercer toutes les activités :

☐ jeux ☐ sports ☐ piscine

3 – ☐ a subi toutes les vaccinations et les revaccinations imposées par la législation.

Dates : _____

Signature du Médecin de famille :

L'obtention de ce certificat est indispensable pour l'inscription de l'enfant.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET INTERVENTION EN URGENCE

Je soussigné M _____ (lien de parenté)

Adresse : _____

---

autorise la Direction de l'Ensemble Scolaire des Francs-Bourgeois à faire transporter mon fils – ma fille : _____ à l'hôpital en cas d'accident ou de maladie présentant un caractère d'urgence.

A _____**, le** _____

Signature des parents :