

FICHE MÉDICALE SCOLAIRE

Nom, prénom de l'élève : _____

Date de naissance : _____

Adresse principale: _____

ENFANT de _____ **et** _____

Adresse (si différente de celle-ci-dessus) : _____

Personne à prévenir en cas de nécessité si les parents ne sont pas joignables :

Nom, prénom : _____ téléphone : ____ / _____

Tél. travail du père : ____ / _____ Tél. travail de la mère : ____ / _____

Gsm du père : ____ / _____ Gsm de la mère : ____ / _____

Médecin traitant : _____ Tél. : ____ / _____

Adresse : _____

Mutuelle : (coller une vignette dans le cadre ci-dessous)



Vaccinations (dates ou photocopie de la carte de vaccinations)

Diphtérie-Tétanos-Coqueluche :

Rappel :

Polio :

Rappels :

AUTRES → Nature :

Dates :

Votre enfant a-t-il présenté récemment un (des) épisode(s) de ... ?

- asthme eczéma urticaire épilepsie saignement de nez
- incontinence nocturne problèmes de sommeil
-
-

Votre enfant souffre-t-il de ... ?

- diabète hémophilie épilepsie troubles cardiaques
- vertiges mal des transports

Votre enfant est-il allergique à des médicaments ? oui – non (précisez)

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? oui – non (précisez)

Votre enfant a-t-il un traitement à prendre quotidiennement ? oui – non (précisez)

En ce cas fournir absolument un certificat médical, daté et signé de votre médecin traitant, signalant les doses à prendre.

Avez- vous une remarque à faire sur son état de santé ou autre? _____

Précautions particulières à prendre en cas d'accident : oui – non (précisez)

Je soussigné, _____, père, mère, tuteur de l'enfant nommé ci-dessous, autorise, en cas d'accident, de prendre toutes les mesures que le médecin requis jugera nécessaires (l'école tentera toujours de joindre les personnes responsables de l'enfant).

Date :.....

Signature du chef de famille.