



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

2017 – 2018

Nom et Prénom de l'élève :		PHOTO
Né(e) le:	A:	
Classe :		
Taille :cm Poids :kg	Groupe sanguin : (si connu)	

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom/Prénom:	Nom/Prénom:
Téléphone:	Téléphone:
Lien de parenté :	Lien de parenté:

Médecin référent

Nom:	Téléphone:
------------	------------------

Vaccinations

Pour les nouveaux élèves: Veuillez joindre une copie du carnet de santé de votre enfant mentionnant son calendrier vaccinal (BCG, DTCoqPolio, ROR, test Mantoux)
En cas de rappel : Veuillez joindre une copie des rappels de vaccination.

Etat de santé

Votre enfant :

A-t' il déjà été hospitalisé Oui Non

A-t' il déjà subi une intervention chirurgicale Oui Non

Si oui : précisez le motif et la date :

.....

Souffre-t-il ?

- D'allergies : Respiratoires Oui (.....) Non

Cutanées Oui (.....) Non

Alimentaires Oui (.....) Non

✓ Cantine scolaire Oui Non

Médicamenteuse Oui (.....) Non

- D'une affection chronique : Oui (.....) Non

(Asthme, Epilepsie, Diabète, affections cardiaques, épistaxis, céphalée, autres)

Si oui : Précisez les traitements et les précautions particulières à prendre :

.....

.....

- D'une atteinte sensorielle :

Problème de vue Oui (.....) Non

Problème d'audition Oui (.....) Non

A-t-il un suivi spécialisé* ? Oui (.....) Non

*(Psychologique, orthophonique, en psychomotricité, en rééducation fonctionnelle...)

Si oui, merci de joindre, si possible, un compte rendu du dernier bilan effectué.

Si votre enfant doit prendre des médicaments durant le temps scolaire

Veuillez svp **joindre obligatoirement une ordonnance** (datant de moins d'un mois) aux médicaments correspondants (contenus dans leur emballage d'origine) à remettre en mains propres au service médicale scolaire.

Je soussigné(e), Mr / Mmeagissant en qualité de Père / mère / tuteur de l'élève sus nommé(e), certifie que les informations fournies dans cette fiche médicale sont exactes. J'autorise le service médical scolaire à prendre, en cas d'incident grave ou d'affection à évolution rapide, toutes les mesures d'urgence nécessaires, y compris une éventuelle hospitalisation (hôpital de votre choix :.....)

Sofia, le/...../.....

Signature