

**FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE**  
**2025 – 2026**

|   |                               |              |
|---|-------------------------------|--------------|
| <b>Nom / Prénom de l'élève :</b><br>..... |                               | <b>PHOTO</b> |
| <b>Né(e) le:</b> .....                    | <b>A:</b> .....               |              |
| <b>Classe :</b> .....                     |                               |              |
| <b>Taille :</b> ..... cm                  | <b>Groupe sanguin :</b> ..... |              |
| <b>Poids :</b> ..... kg                   |                               |              |

**Personnes à contacter en cas d'urgence**

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Nom/Prénom:</b> .....       | <b>Nom/Prénom:</b> .....       |
| <b>Téléphone:</b> .....        | <b>Téléphone:</b> .....        |
| <b>Lien de parenté :</b> ..... | <b>Lien de parenté :</b> ..... |

**Médecin référent**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| <b>Nom:</b> ..... | <b>Téléphone:</b> ..... |
|-------------------|-------------------------|

**Vaccinations**

**A l'inscription:** Veuillez joindre **une copie du carnet de vaccination.**

**Pour les nouveaux rappels de vaccins :** Veuillez transmettre systématiquement **une copie** à l'infirmier.

**Pour les enfants nés à partir de 2018 :**  
Les vaccinations contre la **tuberculose**, la **diphtérie**, la **coqueluche**, le **tétanos**, la **poliomyélite**, la **rubéole**, la **rougeole**, les **oreillons**, l'**hépatite B**, le **méningocoque C**, le **pneumocoque** et l'**haemophilus influenzae** de type b sont **obligatoires.**

## 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 médical scolaire.

***Cette fiche est demandée une seule fois, pour toute la durée de la scolarité de l'élève.  
Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, il est de la responsabilité des parents de l'élève de signaler au service médical de l'établissement tout changement concernant l'état de santé de leur enfant, à tout moment de leur scolarisation au LVH.***

**Je soussigné(e), Mr / Mme .....** agissant en qualité de Père / mère / tuteur de l'élève sus nommé(e), certifie que les informations fournies dans cette fiche médicale sont exactes. Et 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 .....