

## FICHE MEDICALE

Pour raisons de confidentialité, vous pouvez la mettre sous pli

Entrée en classe de \_\_\_\_\_ Pour les nouveaux :  
NOM \_\_\_\_\_ Nom et adresse de l'Etablissement précédent :  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Pour préparer la visite médicale scolaire de votre enfant, veuillez s'il vous plait, nous faire connaître les changements survenus au cours de l'année scolaire écoulée :

- 1- Antécédents médicaux (dates) :
- 2- Votre enfant est-il à jour de tous ses vaccins ?  
**Merci de nous fournir la photocopie des vaccins**
- 3- Les interventions chirurgicales (dates) :
- 4- Les allergies : PAI :
- 5- Traitement suivi par l'élève :
- 6- Education Physique et Sportive : autorisée non autorisée\* et dans ce cas joindre un certificat médical
- 7- Sport et activités pratiqués à l'extérieur :
- 8- Changements familiaux :
- 9- Y'a-t-il d'autres renseignements qui, à votre avis, intéresseraient le médecin scolaire et les infirmières ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 10 – **Régime alimentaire particulier** :  
Pour des raisons de santé : \_\_\_\_\_  
Autres (justifier): \_\_\_\_\_

NOM et Prénom du ou des Parent(s) ou de la Personne Responsable : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile : \_\_\_\_\_ Travail Madame : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Travail Monsieur : \_\_\_\_\_

**En l'absence des personnes précédemment citées**, en cas d'urgence, prévenir :

Monsieur, Madame, Mademoiselle : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone Domicile et/ou travail : \_\_\_\_\_

Monsieur, Madame \_\_\_\_\_ autorise(nt) la conduite de mon/notre enfant dans un Service Hospitalier en cas de nécessité.

Date et signature