

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