



FICHE MEDICALE

NOM DE L'ELEVE : PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE : CLASSE :

Nom et prénoms des parents ou tuteurs :

Tél. du domicile : Tél. du père : Tél. de la mère :

Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence : Tél. :

Nom du médecin traitant : Tél. :

En cas d'urgence, si l'on ne peut pas me joindre, j'autorise la Direction de l'établissement à faire transporter mon enfant à :

La Structure médicale la plus proche : Oui ☐ Non ☐

Date :

Signature des parents ou tuteurs

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Cochez les cases si l'enfant **a** ou **a eu** la maladie ou le problème indiqué :

- | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ Rougeole | ☐ Varicelle | ☐ Asthme | ☐ Diabète | ☐ Oreillons | ☐ Epilepsie |
| ☐ Drépanocytose | ☐ Problème cardiaque | ☐ Rubéole | ☐ Spasmophilie | ☐ Convulsions | ☐ Problème de dos |

- Autre(s) maladie(s) :
- Allergie à (médicament et/ou autre) :

Votre enfant présente-t-il des problèmes (lesquels) : ☐ de vision ☐ d'audition ☐ des troubles du langage

☐ Autres problèmes :

A-t-il subi une intervention chirurgicale ? Laquelle ? :

Suit-il un traitement régulièrement (lequel et pour quelles raisons) :

Des événements importants sont-ils survenus dans la famille (naissance, décès, divorce, maladie grave d'un membre de la famille, ...) :