



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE

NOM DE L'ELEVEPRENOM.....CLASSE
NE(E) LE..... A.....

ANTECEDENTS MEDICAUX :

- Si votre enfant a subi une intervention chirurgicale, indiquez laquelle :.....

- Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (cochez les cases correspondantes)

varicelle rougeole rubéole coqueluche oreillon

méningite hépatite autre, préciser :.....

- Actuellement votre enfant a-t-il un de ces problèmes ? (cocher les cases correspondantes)

asthme diabète épilepsie autres, préciser.....

défaut de vision, préciser :..... défaut de langage, préciser :.....

- Si votre enfant a des allergies, précisez lesquelles (médicaments, aliments...) :

-Si votre enfant suit un traitement médical, précisez lequel :.....

- Si votre enfant a été récemment confronté à un événement particulier (naissance, décès, divorce...) précisez lequel :.....

-Si votre enfant est dispensé de sport, fournir un certificat médical spécifiant les dates de la dispense et indiquer la raison :.....

VACCINATION :

Joindre la photocopie de toutes les vaccinations. Si vous avez déjà fourni cette copie les années précédentes, faire uniquement la copie des nouveaux rappels s'il y en a.

Le vaccin DTP (diphtérie/tétanos/polio) est obligatoire pour l'école. Des rappels sont nécessaires à l'âge de 6 et 11 ans.

AUTORISATION DE SOINS A L'INFIRMERIE :

J'autorise la prise en charge de mon enfant par l'infirmier(e) scolaire, qui pourra être amené(e) à lui donner un médicament ou à lui faire un soin, selon le protocole sur l'organisation des soins d'urgence dans les établissements scolaires (BO du 06/01/2000 HS n°1).

En cas de problème grave, l'enfant pourra être transféré dans un centre choisi par vos soins (merci de ne cocher qu'une seule case) :

SOS international Hôpital la renaissance

CMS Hôpital de la mère et de l'enfant

autre, préciser nom et téléphone :.....

Fait le :.....

Signature des parents ou tuteur