

## FICHE MÉDICALE ANNUELLE 20.... /20....

### Elève

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Classe actuelle : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

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

### Personnes à contacter en cas d'urgence

	mère	père	autre personne (lien avec l'enfant)
Nom et prénom			
N° tél. portable			
N° tél. domicile			
N° tél. travail			

### Renseignements médicaux concernant votre enfant

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? OUI NON

Si oui précisez la nature et la date : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il allergique à un médicament ? OUI NON

Si oui précisez lequel : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'une pathologie au long court ? (diabète, allergie alimentaire,...) ? OUI NON

Si oui précisez laquelle : \_\_\_\_\_

Joindre un certificat médical de moins de trois mois précisant le traitement et le protocole à suivre en cas d'urgence.

*Pour les pathologies au long court un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) sera mis en place.*

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

### Vaccins

Joindre une photocopie du Carnet de Vaccination.

*Il est formellement interdit aux élèves d'avoir des médicaments en leur possession. Si votre enfant doit suivre un traitement médical, les médicaments seront remis avec une photocopie de l'ordonnance du médecin à l'infirmerie où les soins seront donnés selon la prescription médicale.*

Date et signature