

Fiche médicale

Identité de l'enfant :

Nom – prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) des personnes responsables :

.....

Données médicales de l'enfant


Nom du médecin traitant :

Adresse : **Téléphone :**

Groupe sanguin : **Rhésus :**

Votre enfant est-il atteint de :

Remarques et traitement :

Diabète	OUI / NON	
Affection cardiaque	OUI / NON	
Affection cutanée	OUI / NON	
Asthme	OUI / NON	
Epilepsie	OUI / NON	
Somnambulisme	OUI / NON	
Incontinence	OUI / NON	
Autres	OUI / NON	

Date du dernier vaccin/rappel contre le tétonos :/...../.....

Date du dernier test à la tuberculose :/...../.....

Est-il allergique à certains médicaments ?

Si oui, lesquels ?

.....

Maladie (chronique, certificat médical à fournir attestant l'état de santé) et opérations antérieures (+dates) :

.....
.....

Est-il allergique à certaines substances, aliments, médicaments ?

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Quelles sont les conséquences ?

Comment agir ?

.....
.....

Doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?

Si oui, lequel ?

Aliments interdits :

.....
.....

Autres remarques *importantes* à signaler sur l'état de santé de votre enfant :

.....
.....

Votre enfant particulièrement sensible aux :
Maux de tête, maux de ventre, mal des transports, réaction au soleil, saignements de nez, diarrhées, vomissements, ...

Porte-t-il des lunettes ? OUI /NON

Porte-t-il un appareil dentaire ? OUI /NON

Remarques et traitement :



Si un traitement doit être administré, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, autorisant l'école à le donner. Il devra spécifier le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.

Aucun médicament ne peut être administrés sans avis du médecin.

Les informations fournies dans cette fiche médicale sont réputées exactes et complètes. L'équipe éducative ne sera nullement incriminée pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés.
En cas d'urgence et dans l'impossibilité de me contacter, j'autorise les responsables à permettre toute hospitalisation, intervention chirurgicale ou anesthésie que le médecin jugerait vitale ou urgente au point de ne pas attendre mon arrivée sur les lieux.

Nous avons lu et compris les informations demandées, date et signature(s)

PARENT OU TUTEUR 1

NOM – PRENOM

DATE

SIGNATURE

PARENT OU TUTEUR 2

NOM – PRENOM

DATE

SIGNATURE