

FICHE MEDICALE

Nom/Prénom de l'Enfant : Classe :

Date de naissance :/...../..... A Dép :

Sexe : Féminin Masculin

I - Nom du médecin traitant : N° de tél. :/...../...../...../.....

II - Renseignements médicaux concernant l'enfant

- Vaccinations obligatoires : joindre les copies des pages « vaccination » du carnet de santé.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (rayer la mention inutile)

Rubéole		Varicelle		Angines		Rhumatismes		Scarlatine	
Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui

Oreillons		Coqueluche		Otites		Asthme		Rougeole	
Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opération, rééducation ...)

.....

.....

.....

.....

III - Recommandations particulières

.....

.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui, lequel

Si votre enfant doit prendre un médicament pendant le temps scolaire ou en cas de crise, merci de nous fournir l'ordonnance du médecin avec le traitement correspondant que nous garderons à l'infirmerie.

V- Responsable de l'enfant (Père ou Mère)

Nom :Prénom :

Adresse :

N° Sécurité Sociale :

N°MSA :

Adresse du Centre Payeur :

.....

N°téléphone Domicile :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Je soussigné,, responsable de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Directeur ou un responsable du collège à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

En cas d'urgence, un élève malade ou accidenté est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

LA 1ère PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

Tel :/...../...../...../.....

Date :/...../2018

Signature :