

Fiche médicale

2023 – 2024

Nom et prénom de l'élève :		Prénom du père :	
Date de naissance :		Classe :	
Groupe sanguin :	Taille :	Poids :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Adresse : 📞 Domicile :

📞 Portable père : 📞 Travail père :

📞 Portable mère : 📞 Travail mère :

📞 Contact en cas d'urgence :

Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille : Père Mère Frère Sœur

Précisions :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Veuillez compléter le tableau ci-dessous.

Il y va de votre intérêt et de celui de votre enfant que ces informations soient parfaitement renseignées.

Maladie	Oui	Non	Si oui, veuillez préciser
Convulsion, épilepsie			
Diabète			
Asthme			
Problème de dos/ Articulations			
Maladies neurologiques			
Maladies des poumons et de l'appareil respiratoire			
Maladies cardiovasculaires			
Maux de tête			
Troubles de la vision			
Troubles de l'audition			
Maladies des reins			
Problèmes de coagulation sanguine			
Maladies de l'appareil digestif			
Maladies du système nerveux			
Maladies contagieuses			
Allergies			

Note : Si votre enfant souffre d'allergies ou d'intolérances, une confirmation écrite du médecin traitant est requise. Cette confirmation doit contenir tous les renseignements inhérents au traitement et aux procédures à suivre en cas d'urgence.

Antécédents chirurgicaux (dates) :
.....
.....

Traitement en cours (nom des médicaments) :
.....
.....

Vaccination contre la COVID-19 : oui non
Si oui veuillez préciser le type les doses la date

L'infirmière appliquera les traitements prescrits par le médecin **seulement si les médicaments sont accompagnés d'une photocopie de l'ordonnance.**

L'élève est-il suivi ou a-t-il été suivi par un spécialiste ?

	Oui	Non	Période
Pédopsychiatre			
Psychologue			
Orthophoniste			

Autre :

Si oui, nom du médecin spécialiste : 📞 Portable :

Nous attestons l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature des parents :

Date/...../.....

A remplir par le pédiatre

Je soussigné, docteur

Certifie avoir examiné l'enfant..... et n'avoir décelé aucune contre-indication clinique à la pratique des cours d'Education Physique et Sportive (EPS).

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Signature du médecin traitant :

Date/...../.....

En cas de besoin, vous pouvez contacter l'infirmière de l'établissement du lundi au vendredi de 7h30 à 15h30.

Si certaines informations vous semblent confidentielles, vous pouvez les envoyer sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière.