

**Fiche médicale**

**2024 – 2025**

|  |
| --- |
| Nom et prénom de l’élève :………………………………………………………………. Prénom du père  :………………………………………………………………………………Date de naissance :………………………………………………………………………………… Classe :……………………………………………………………………………………………… Groupe sanguin :…………….…………Taille :…………………………………Poids :………………………………… Sexe : M 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)* : ……………………………….………………………………………………………………………..………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Vaccination contre la COVID-19 : oui non

Si oui veuillez préciser le type …………………………………. les doses …………………… les dates …………………………………………….…..

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Périodes |
| 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***.