

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

*Coordonnées élève, médecin, parents :

1) Elève : Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Classe : 3

2) Médecin traitant : Nom :

Téléphone : /

3) Parents :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone en journée : en soirée :

* Renseignements d'ordre médical:

- Votre enfant est-il atteint de :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> asthme |
| <input type="checkbox"/> affection cutanée | <input type="checkbox"/> somnambulisme | <input type="checkbox"/> handicap moteur |
| <input type="checkbox"/> rhumatisme | <input type="checkbox"/> affection cardiaque | <input type="checkbox"/> |

- A-t-il reçu du sérum antitétanique ? Non - Oui - En quelle année ?

- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Non - Oui - En quelle année ?

Rappel ?

- Est-il sensible aux refroidissements ? Non - Oui

- Est-il vite fatigué ? Non - Oui

- Est-il incontinent ? Non - Oui

- Peut-il sans inconvénient participer aux baignades ? Non - Oui

- Est-il allergique à certains médicaments ? Non - Oui - Lesquels ?

.....
- Médicaments à prendre (lesquels ? quantité ?), régime alimentaire, précautions à prendre

- Examen médical scolaire : lors du dernier examen y avait-il des remarques concernant la participation à une activité sportive ?

.....
- Groupe sanguin :

Attention ne coller que par un coin.

- *Emplacement pour une vignette délivrée par la mutuelle*