



# FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE



ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

A compléter lisiblement par les parents ou par un médecin

**Identité de l'enfant :**

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

CLASSE : .....

**Personne à contacter en cas d'urgence :**

NOM : ..... PRENOM : .....

LIEN DE PARENTE : .....

TELEPHONE en journée : .....

TELEPHONE en soirée : .....

## **DONNEES MEDICALES :**

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

GROUPES SANGUINS DE L'ENFANT : ..... POIDS : .....

- L'enfant est-il soigné par homéopathie ? OUI ( ) / NON ( )
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI ( ) / NON ( )
  - Date du dernier rappel : .....
- Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand ?)
  - .....
  - .....
  - .....
- L'enfant est-il allergique ou sensible à certains médicaments? OUI ( ) / NON ( )
  - Lesquels ?
  - .....
  - .....

(\*) Entourez votre choix.

- L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments ?  
OUI ( ) / NON ( )  
- Lesquels ? .....
- L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?  
.....
- L'enfant doit-il prendre des médicaments durant la journée de classe? OUI ( ) / NON ( )  
- Lesquels / à quel moment ?  
.....  
.....
- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :  
(Cochez les cases)

- Diabète
- Asthme
- Affection cardiaque
- Epilepsie
- Affection cutanée
- Saignement de nez
- Maux de tête
- Maux de ventre
- Angoisse

.....  
.....  
.....

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

.....  
.....

- Sait-il nager ? TB ( ) / B ( ) / Moyen ( ) / Difficilement ( ) / Pas du tout ( )
- T-a-t-il des activités /sports qu'il ne peut pas pratiquer ? OUI / NON ( )  
- Lesquels ? pourquoi ? .....

.....

Les informations fournies dans cette fiche médicale sont exactes et complètes.

Les enseignants ne seront nullement incriminés pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document.

En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avérerait nécessaire.

**Date, nom, prénom et signature du parent/responsable :**

(\*) Entourez votre choix.