



.....

Fiche médicale. Année scolaire / à conserver par l'école.

Nom de l'enfant	Prénom
M <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/> Classe:	Date de naissance : / /

Veillez coller ici une vignette de mutuelle de l'enfant.

Personne à contacter en cas d'urgence		
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Si autre personne spécifier le lien de parenté :
Nom
N° d'appels
.....

Nom du médecin traitant

Adresse N° bte Localité

N° de téléphone: /

A-t-il été vacciné contre le tétanos? Non Oui Date du dernier rappel

A-t-il un problème de santé particulier? (diabète, asthme, épilepsie, maladie cardiaque, allergie ou autres).....

Est-il allergique à certains médicaments, matières ou aliments? Si oui, lesquels?

.....

Prend-il des médicaments régulièrement? (si le traitement doit être administré à l'école, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant dose et durée du traitement)

.....

Je soussigné(e),	<input type="checkbox"/> père, <input type="checkbox"/> mère de l'élève
déclare avoir pris connaissance du présent avis.	
<input type="checkbox"/> je suis d'accord	<input type="checkbox"/> je ne suis pas d'accord
d'autoriser, en cas de nécessité, (survenue de méningite dans l'école), le médecin scolaire à prescrire le traitement préventif adapté à mon enfant et de l'administrer.	
<input type="checkbox"/> je suis d'accord	<input type="checkbox"/> je ne suis pas d'accord
en cas de nécessité, d'autoriser le personnel scolaire à prodiguer les premiers soins et à utiliser tout moyen de transport permettant la prise en charge rapide de mon enfant, afin de lui faire bénéficier de soins en dehors de l'école.	
Date et signature:	