

FICHE MEDICALE 2017 / 2018
A remplir IMPERATIVEMENT et ENTIEREMENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe.....

Adresse
.....
.....

Adresse Email de la Mère :

Adresse Email du Père :

N°tel Domicile :

N°tel Mère: Travail : Portable :

N°tel Père : Travail : Portable :

Autre(s) personne(s), Nom et Tel :

Nom du Médecin traitant : n°tel :

N° de sécurité sociale :

Groupe sanguin :(si connu).....Rhésus.....

Date dernier rappel antitétanique :
(A indiquer obligatoirement)

Pour les nouveaux Joindre photocopie du carnet de santé pour tous les vaccins
Pour les anciens, la photocopie des nouveaux vaccins

Particularités médicales (allergie, contre indication) :



ECRIRE LISIBLEMENT .MERCI

Votre enfant est-il : (répondre par oui ou non)

1. Anxieux :.....
 2. Mal au ventre régulièrement :.....
 3. Allergique :.....
 4. Peut faire un œdème de Quincke
 5. Migraineux :.....
 6. Prend des médicaments :
- Si oui,*
lesquels :.....

7. A eu des maladies infantiles :

- | | |
|-------------------|-------------------|
| Varicelle :..... | Rougeole :..... |
| Coqueluche :..... | Rubéole :..... |
| Roséole :..... | Scarlatine :..... |
| Oreillons :..... | |

8. Antécédents médicaux : si oui

lesquels.....
.....

9. Antécédents chirurgicaux : si oui

lesquels.....
.....

Nous autorisons le chef d'établissement ou son adjoint à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention.

Nous appellerons le SAMU au 15.

Signatures OBLIGATOIRES

De la Mère

Du Père