

FICHE MEDICALE

Cette fiche, totaleme nt confidentielle, est à remplir avec le plus grand soin par les Parents ou la Personne responsable. En cas d'intervention médicale, copie en sera remise au médecin et/ou aux urgentistes.

Nom de l'élève : Prénom :
Date de naissance :

Rue :
N° : Bte : Code postal : Localité :

N° de la carte identité :

N° de téléphone des parents : Mère :/ Père :

Autres N° de téléphone en cas d'urgence :
..... chez :
..... chez :

Personnes (autres que les Parents) autorisées à reprendre l'élève malade :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom :
- Téléphone : (fixe) - (GSM)

Antécédents de l'enfant :

- Vaccination antitétanique : date du dernier rappel :
- Antécédents médicaux importants (hospitalisation, accident, hémorragie) :
- Maladies chroniques :

Asthme	OUI / NON
Malformation cardiaque	OUI / NON
Problème de rythme cardiaque	OUI / NON
Épilepsie	OUI / NON
Diabète	OUI / NON

Si votre enfant reçoit un traitement, veuillez le définir :

- Groupe sanguin :
- Allergies aux médicaments (iso Bétadine, pénicilline...) OUI / NON
 - Si oui, précisez lesquels :
- Allergies aux aliments OUI / NON
 - Si oui, précisez :
- Autres allergies :
- Autres éléments importants en cas d'intervention médicale :

Remarque importante : en cas d'urgence ou en cas de nécessité nous sommes tenus de faire appel au Service 112.

Dans la mesure du possible s'il nous est proposé le choix de l'hôpital veuillez, si vous le souhaitez, préciser votre préférence :

Signature des parents ou de la Personne responsable :