

FICHE MEDICALE SCOLAIRE

PARENTS

	PERE	MERE
NOM
PRENOM
ADRESSE

N° DE TELEPHONE
DU DOMICILE
N° DE PORTABLE
N° DU LIEU DE TRAVAIL

REPRESENTANT LEGAL : Père Mère Tuteur

Couverture sociale : Père Mère Tuteur

CPAM MSA RSI N° immatriculation :/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Mutuelle complémentaire : Oui Non

Nom et adresse :

VACCINATIONS

Veuillez joindre obligatoirement une photocopie des vaccinations : D.T.P – ROR – BCG et autres

Si votre enfant n'est pas vacciné, merci d'en préciser les motifs

.....

TRAITEMENTS EN COURS

Nom et Adresse du médecin traitant :

Votre enfant a-t-il un traitement permanent ? OUI NON

Si oui, lequel ?

POUR TOUT TRAITEMENT TEMPORAIRE, PERMANENT OU D'URGENCE, L'ELEVE DOIT DEPOSER, OBLIGATOIREMENT, ORDONNANCES ET MEDICAMENTS AU SECRETARIAT

Recommandations particulières :

ANTECEDENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Pneumonie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Primo infection	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rhumatismes Articulaires Aigus	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Diabète	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres affections :		
Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
Epilepsie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
Spasmophilie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
Convulsions	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Allergies	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	si oui, lesquelles ?		

Médicamenteuses :

Alimentaires :

Diverses :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Nature : Date : / /

Nature : Date : / /

DECLARATION DES PARENTS OU RESPONSABLES

Je soussigné responsable de l'Elève autorise l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence (appel médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'élève.

A

Le / /

Signature du Responsable Légal 1

Signature du Responsable Légal 2