



# Fiche médicale

## Année scolaire 2018/2019

NOM	<input type="text"/>	Sexe	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Né(e) le	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Classe	<input type="text"/>		

**EN CAS D'URGENCE.**

Domicile	<input type="text"/>	Portable mère	<input type="text"/>
		Portable père	<input type="text"/>
Tel du travail de la mère	<input type="text"/>		
Tel du travail du père	<input type="text"/>		

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX.**

Groupe sanguin	<input type="text"/>	Facteur Rhésus	<input type="text"/>
Vaccinations	Dates	Rappels	
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIPHTERIE-TETANOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
POLIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**ANTECEDENTS PERSONNELS**

Maladies	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Interventions	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allergies	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SUIVI MEDICAL.**

Votre enfant est-il suivi par un spécialiste ?  OUI  NON

Si oui, lequel : (psychologue, orthophoniste etc.)

*Pour l'orthophoniste, merci de joindre si possible un compte rendu du dernier bilan effectué.*

Mise en place d'un PAI ?  OUI  NON

*Si oui, merci de joindre une copie du PAI en cours.*

Traitement médical en cours.  OUI  NON

*Si oui, merci de joindre les pièces justificatives.*

**AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE.**

Je soussigné (e)

Père  Mère  Tuteur légal de l'élève Nom et prénom

Demeurant n°

Rue

Code postal

Commune

Autorise la direction de l'établissement à faire intervenir un médecin ou hospitaliser mon enfant en cas de besoin.

Signature

(Date, lu et approuvé)