



Fiche médicale

Année scolaire 2019/2020

NOM

Sexe

Prénom

Né(e) le

Classe

EN CAS D'URGENCE.

Domicile

Portable mère

Portable père

Tel du travail de la mère

Tel du travail du père

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX.

Groupe sanguin

Facteur Rhésus

Vaccinations

Dates

Rappels

BCG

DIPHTERIE-TETANOS

POLIO

ANTECEDENTS PERSONNELS

Maladies

Interventions

Allergies

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)