



Fiche médicale

Année scolaire 2024/2025

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)