



FICHE MEDICALE DE L'ELEVE

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de votre enfant, vous êtes priés de remplir cette fiche avec précision et de la rapporter lors de l'inscription.

Cochez la case correspondant à votre réponse.

I- IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : Prénoms :

Classe : Date et lieu de naissance :

Masculin

Féminin

II- VACCINATION

Joindre à cette fiche tous les carnets de vaccination (obligatoire)

III- ANTECEDENTS MEDICAUX

Y' a-t-il des problèmes médicaux dans la famille ?

Si oui précisez.

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? OUI NON

Si oui, lesquelles et en quelles années ?

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? OUI NON

MALADIE	ANNEE	MALADIE	ANNEE	MALADIE	ANNEE
Varicelle		Hépatite (A-B-Autre)		Perte de connaissance	
Rougeole		Diabète		Convulsions	
Rubéole		Asthme		Epilepsie	
Méningite		Crise de tétanie		Saignement du nez	
Coqueluche		Poliomyélite		Verrues plantaires	
Oreillon		Drépanocytose		Paludisme	

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?

- Bégaiement
- Dyslexie
- Défaut de vision, lequel ?
- Problème de dos, lequel ?
- Difficultés psychologiques, lesquelles ?
- Autres problème, précisez

Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un suivi ?

- Psychologique
- Orthophonique
- Orthopédique

Votre est ?

- Droitier
- Gaucher

Votre enfant est-il allergique à :

- Des médicaments ? Lesquels ?
- Des aliments ? Lesquels ?
- Autres (insectes, poussières....) précisez :

IV- TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L'ELEVE

Votre enfant a-t-il des crises de paludismes fréquentes ?

Votre enfant suit régulièrement un traitement ? OUI NON

Si oui précisez :

S'agit-il d'un traitement de médecine traditionnelle ? OUI NON

AUTRES REMARQUES : N'hésitez pas à nous faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits et de vos remarques concernant votre enfant.

IV- OÙ VOUS JOINDRE ?

En cas d'urgence, l'établissement doit prévenir les parents le plus rapidement possible

Veillez indiquer les numéros de téléphone

Père

Bureau

Domicile

Contacts :

Mère

Bureau

Domicile

Contacts :

Tuteur Bureau : Domicile :

Un parent, un voisin (Nom et numéro de téléphone) :

V- VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénoms :

Nom et adresse du cabinet :

Tél (cabinet) :

Contacts personnel :

Fait à Bassam le/...../.....

Signature du parent ou du tuteur

Signature de la Directrice