

! A compléter précisément et lisiblement par les parents ou par un médecin !

Identité de l'élève :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Classe :

Poids :

Vignette de mutuelle (à coller)

Personnes à contacter en cas d'urgence :

1. Nom, prénom : 2. Nom, prénom :

Lien de parenté : Lien de parenté :

Téléphone : Téléphone :

Médecin de l'enfant : Docteur Téléphone :

DONNEES MEDICALES :

(*) Biffez la mention inutile

➤ L'élève a-t-il présenté des maladies /subi des opérations antérieures graves (lesquelles et quand) ?
.....
.....

➤ L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	non	oui	Si oui, quel est le traitement habituel, comment réagir, quelles précautions particulières prendre ?
Diabète			
Epilepsie			
Maladie cardiaque			
Maladie respiratoire (asthme...)			
Problème digestif (gastrique, intestinal...)			
Problème ORL			
Maux de tête			
Incontinence			
Affection de la peau			
Autres (angoisse...)			

➤ L'élève prend-il des médicaments ? Lesquels ? A quels dosages et à quel moment ?

Nom du médicament	Matin	Midi	Goûter	Souper	Coucher
-------------------	-------	------	--------	--------	---------

A noter qu'aucun médicament ne sera administré à l'enfant sans certificat médical de traitement !

- L'élève suit-il un régime alimentaire particulier ? oui / non (*)
Si oui, lequel ?
 - L'élève est-il allergique ou particulièrement sensible à
 - des médicaments ? oui / non (*) Si oui, lesquels ?
 - des aliments ? oui / non (*) Si oui, lesquels ?
 - Date du dernier rappel de vaccin contre le tétanos :
 - L'élève présente-t-il un problème moteur ? oui / non (*)
Si oui, lequel ?
 - Y a-t-il des activités/sports qu'il ne peut pas pratiquer ? oui / non (*) Si oui, lesquels et pourquoi ?
.....
 - Y a-t-il des remarques concernant la participation à des voyages scolaires (mal du transport...) ?
.....
 - L'enfant est-il confronté à un trouble d'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe, dysgraphie, dysphasie, dyspraxie, TDA/H, troubles instrumentaux) ? oui / non (*)
Si oui, le(s)quel(s) ?
- Un diagnostic a-t-il été posé par un spécialiste des troubles d'apprentissages (centre PMS, neuropédiatre, logopède, neuropsychologue, centre de guidance) ? oui / non (*)
Si oui, le(s)quel(s) ? Quand ?
- Merci de nous faire parvenir une copie de ce diagnostic !

Les informations fournies dans cette fiche médicale sont exactes et complètes.
Merci de nous prévenir s'il y a de nouveaux éléments utiles à la prise en charge de votre enfant.
Les enseignants ne seront nullement incriminés pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document.

Les données médicales sont protégées dans le respect de notre déclaration relative à la protection des données personnelles. Vous disposez à l'égard de ces données des mêmes droits que ceux que vous pouvez exercer pour les données personnelles.

En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents/responsables de l'élève, ceux-ci autorisent le responsable d'établissement à prendre toutes mesures médicales qui s'avèreraient nécessaires (traitement médical, opération...).

Date : ... / ... / 20...

Nom et signature du parent responsable :