

Fiche médicale

Enfant :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :

Personne à prévenir :

- Nom :
- Adresse :
- Téléphone :

Médecin traitant :

- Nom :
- Adresse :
- Téléphone :

Maladies antérieures de l'enfant :

	OUI	NON
Epilepsie		
Diabète		
Affection cardiaque		
Asthme		
Affection cutanée		

Groupe sanguin et rhésus :

Fiche médicale (suite)

Est-il vacciné contre le tétanos ?

➤ OUI NON

➤ Si oui, en quelle années ?

➤ A-t-il reçu les rappels ?

Est-il allergique * ?

➤ A certains médicaments ? : OUI – NON

➤ Lesquels ? :

➤ A certaines matières ou aliments ? : OUI – NON

➤ Lesquels ? :

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ?

➤ OUI NON

Lesquels ?					
Quand ?					
Combien ?					

A quelle mutuelle est-il affilié ?

Joindre des vignettes

*Toute allergie survenant durant l'année scolaire doit être signalée par écrit à l'école.