

Institution _____
**LES MARRONNIERS**
Ecole - Collège

FICHE MEDICALE

NOM de l'élève :
(en majuscule d'imprimerie)

Prénoms :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

I- VACCINATIONS : (remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de l'enfant)

ANTI POLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

<i>Précisez s'il s'agit :</i>	du DT Polio :	du DT Coq :
	du Tetra Coq :	d'une prise Polio :
<i>RAPPELS :</i>		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)

ANTIVARIOLIQUE

<i>Dates 1^{er} vaccin :</i>	<i>Dates Vaccin :</i>
<i>Revaccination :</i>	<i>1^{er} rappel :</i>

AUTRES VACCINS	Dates 1 ^{er} vaccin	Rappels

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....

Injection de sérum :

Nature :	Date :
----------	--------

II- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
RHUMATISMES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ASTHME : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

III- RECOMMANDATIONS MEDICALES DES PARENTS :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel ?

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? Oui Non

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant un séjour ou un voyage scolaire, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments. (Groupe Sanguin)

IV- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : **PRENOMS :**

ADRESSE :

N° de tel. : Domicile : **Bureau :** **Portable :**

Adresse mail :

Adresse de votre CPAM :

N° de Sécurité sociale :

Hôpital ou clinique où l'enfant doit être transporté de préférence :

Docteur référent :

Numéro de téléphone et adresse :

Je soussigné, Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'établissement, le cas échéant à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé »