



**MODELE
FICHE MEDICALE
INDIVIDUELLE**

**A TRANSMETTRE AU TITULAIRE
DE CLASSE DE VOTRE ENFANT**

TRES IMPORTANT !

Avis aux Parents et aux Tuteurs !

Ce document doit être complété avec précision par vous et/ou par votre médecin généraliste. Les renseignements repris ci-dessous sont de nature strictement confidentielle. Nous vous remercions de votre collaboration.

RENSEIGNEMENTS MIS A JOUR EN DATE DU :/...../2020

IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

GROUPE SANGUIN :

ADRESSE ET N° DE TEL :

.....

.....

EN CAS D'URGENCE, IL CONVIENT DE PREVENIR :

ADRESSE ET N° DE TEL :

.....

.....

Joindre à cet emplacement deux vignettes de votre mutuelle
Ne pas coller s.v.p.

DONNEES MEDICALES :

Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opération(s) subie(s) :

.....
.....
.....

Est-il (elle) atteint(e) de diabète – asthme – affection cardiaque – épilepsie – rhumatisme
– affection cutanée – somnambulisme – handicap moteur – autre(s) -

Merci de préciser :

Date de la dernière cuti – intradermo :

Date du dernier vaccin contre le tétanos :

Sérum antitétanique : OUI – NON : date :

L'enfant est-il particulièrement sensible ou allergique : à des aliments – à des
médicaments – à des matières – aux refroidissements – à la fatigue – autre(s) -

Merci de préciser :

Est-il (elle) soigné(e) par homéopathie : OUI – NON

Expliquer :

Puberté : OUI – NON – EN COURS

L'enfant sait-il correctement nager : OUI – NON

AUTRE(S) PRECISION(S) UTILE(S) :

.....
.....

EN CAS D'EXTREME URGENCE, j'autorise les adultes responsables de mon enfant à
prendre les mesures nécessaires.

Document complété à :, le

Signature (père – mère – tuteur) :

MEDECIN TRAITANT (nom – adresse – téléphone – fax) :

.....
.....
.....

Mutuelle :

N° d'affiliation de l'enfant :