

FICHE MEDICALE

Nom

Prénom

Date de naissance

.....		
-------	-------	-------

Groupe sanguin et rhésus

(Photocopie de la carte si possible)

.....

Etat familial

Nom et prénom du père

Date de naissance

.....	/...../.....
-------	-------------------

Maladie(s) chronique(s) éventuelle(s) du père

.....

Nom et prénom de la mère

Date de naissance

.....	/...../.....
-------	-------------------

Maladie(s) chronique(s) éventuelle(s) de la mère

.....

Frères et soeurs de l'élève

Nom

Age

Maladies chroniques

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

A remplir de préférence par le médecin de famille.

Votre enfant est-il atteint de ?

Oui

Non

Maladie neurologique

☐
☐

Maladie respiratoire

☐
☐

Maladie cardiaque

☐
☐

Maladie dermatologique

☐
☐

Maladie orthopédique

☐
☐

Maladie psychologique

☐
☐

Allergie

☐
☐

Handicap physique

☐
☐

Autres

Si Oui,

précisez et notez le traitement suivi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aptitude au sport (Cocher une des cases suivantes)

- ☐ Mon enfant est capable de participer à toutes les activités sportives.
- ☐ Incapacité provisoire : Durée Genre d'activités interdites
Raison
Précautions à prendre
- ☐ Incapacité définitive : Raison

Votre enfant a-t-il subi une (des) intervention(s) chirurgicale(s)? ☐ Oui ☐ Non

Laquelle (lesquelles)?
.....

Immunisations - vaccinations

Date de la dernière dose

Diphtérie - Tétanos - Coqueluche	.....
Pneumocoque	.....
Méningocoque	.....
Rougeole - Rubéole - Oreillons	.....
Hépatite A	.....
Hépatite B	.....
Rotavirus	.....
Varicelle	.....
Vaxigrippe	.....
Typhoïde	.....
Haemophilus influenzae	.....
Poliomyélite (ces derniers ne peuvent être antérieurs à cinq ans)	.....

Dernier test à la tuberculine (ce dernier ne peut être antérieur à trois ans)

Quel était le résultat ?

Si positif, rapport pour une radio thoracique et traitement pris

Autres

Remarques spéciales

Vue (strabisme, astigmatisme) :

Ouïe :

Autre :

Remarques sur la personnalité

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

Nom du médecin de famille ou du pédiatre

Téléphone

.....	
-------	-------

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence

Téléphone

.....	
-------	-------

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

Signature des parents :