

Année scolaire 2021-2022

FICHE MÉDICALE

Nom : _____ **Prénom :** _____
Classe : _____ **Date de naissance :** _____
Établissement ou école d'origine : _____
Représentant légal : _____
Nom : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____
Code postal : _____ **Commune :** _____
N° de sécurité sociale : _____
Adresse du centre : _____
N° de l'assurance scolaire : _____
Adresse de l'assurance maladie : _____
Nom du médecin traitant : _____ ☎

Nom et n° de téléphone (fixe ou portable) des personnes à contacter **en cas d'urgence** susceptibles de prendre en charge l'élève :

1 – N° de téléphone du domicile : _____ N° de portable : _____
2 – N° du travail du père : _____ Poste : _____
3 – N° du travail de la mère : _____ Poste : _____
4 – Nom d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : _____
Téléphone : _____
5 – Nom du médecin traitant : _____
Téléphone : _____

Si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire ;
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence ;
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

Il va de votre intérêt et de celui de votre enfant que ces informations soient parfaitement renseignées.

Antécédents médicaux (dates des maladies) :

Allergies éventuelles :

Traitement en cours (nom des médicaments) :

Antécédents chirurgicaux (dates) :

*En fonction de ces renseignements, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour, si nécessaire, établir avec vous les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de santé de votre enfant. L'infirmier(e) appliquera les traitements prescrits par le médecin de famille seulement si les médicaments sont accompagnés d'une photocopie de l'ordonnance. **Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli cacheté à l'infirmierie.***

Signature des Parents