



FICHE MEDICALE

Année scolaire 2020-2021

ELEVE : NOM ET PRENOM

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

CLASSE : _____

REGIME : _____

GRUPE SANGUIN : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Organisme de Sécurité Sociale et Mutuelle : _____

VACCINS (Joindre une photocopie des pages vaccinations du carnet en précisant bien le nom et le prénom de l'élève)

Date de la dernière vaccination ou du rappel antitétanique : ____/____/____

ALLERGIES CONNUES

Aspirine ? Oui / Non Acariens ? Oui / Non Antibiotiques ? Oui (précisez) _____ / Non

Allergies Alimentaires ? Oui (précisez) _____ / Non

Intolérances Alimentaires ? Oui (précisez) _____ / Non

Autres ? (précisez) _____

Types de médicaments pris contre ces allergies : _____

MALADIES CONNUES

Diabète ? Oui / Non Asthme ? Oui / Non

Autres ? (ex. spasmophilie, anomalie cardiaque, etc... : précisez) Oui _____ / Non

Traitement médicamenteux régulier ? Oui (précisez) : _____ / Non

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Appendicectomie ? Oui / Non

Autres interventions chirurgicales ? (précisez) _____

- Si votre enfant prend un médicament sur le temps scolaire, qu'il s'agisse d'un traitement régulier ou d'urgence,
- Si votre enfant est porteur d'un handicap, d'une maladie invalidante, de difficultés d'apprentissage pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire,

nous vous demandons de bien vouloir **prendre contact avec l'établissement** afin d'élaborer, si besoin, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), comme la loi le prescrit.

PATHOLOGIES FAMILIALES : _____

EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Nom du/des responsable(s) légal(aux) de l'élève : _____

Téléphones : domicile : _____ / mobile père : _____ / mobile mère : _____

Eventuellement, autre personne à prévenir : nom : _____ / Tél : _____

En cas d'urgence médicale et en leur absence, M. et/ou Mme _____, autorisent l'établissement scolaire de l'Assomption à communiquer ces informations aux autorités médicales et à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires pour l'état de santé de leur enfant. Nous autorisons par ailleurs à faire pratiquer une anesthésie générale en cas d'intervention chirurgicale impérative et urgente. A _____

Le ____/____/____

Signatures :