

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

- Nom et prénom de l'élève :
- Collège (+ Classe) : (.....)
- Date et lieu de naissance : / / à (.....)
- Nom du médecin de famille / n° de téléphone : /
- Groupe sanguin :

- **Vaccinations déjà pratiquées** : agrafez SVP à cette fiche les photocopies des vaccinations (pages 8/9 + 12/13 du carnet de santé).....

- **L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?** (entourez celle.s qu'il/elle a eue.s) :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS

- **L'enfant est sujet à** : (entourez et précisez si nécessaire)

- évanouissements / crises d'épilepsie / saignements (de nez...) :

- allergies (aliments ou médicaments) :

- régimes éventuels :

- autres pathologies :

- **Conduite à tenir dans le cas où cela se produirait** :

- **Maladie en cours nécessitant un traitement** :

> Emporter le traitement dans un sachet nominatif ainsi que l'ordonnance récente du médecin. L'enfant gèrera son traitement.

- **Port de lunettes/lentilles**, indiquez les références de la correction :

- **Autres renseignements** concernant l'état physique de l'enfant :

> **EN CAS D'URGENCE** ou d'incident **PERSONNE A PREVENIR** :

Nom : Prénom :

Tél. (portable/s) : /

Je donne l'autorisation aux accompagnateurs du voyage de donner à mon enfant du Doliprane 500 mg en cas de douleurs, maux de tête. Entourez : OUI NON

Je donne, par la présente, autorisation de faire transporter et admettre mon enfant dans un hôpital ainsi que mon accord pour tout traitement recommandé par le personnel médical, y compris pour une intervention chirurgicale si elle s'avérait urgente.

Nom, prénom du responsable légal de l'enfant :

Fait à, le / /

Signature :