

Fiche médicale école



En cas d'urgence, contacter :

1. Nom :Prénom : Téléphone :

2. Nom :Prénom : Téléphone :

3. Nom :Prénom : Téléphone :

Merci de compléter ce questionnaire avec précision.

Identité de votre enfant :

Nom : Prénom :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Prénom :

Données médicales :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Maladies antérieures ou actuelles de votre enfant nécessitant une attention particulière :

.....
.....

Un traitement est-il mis en place ? Si oui, lequel?

Que doit-on mettre en place en cas de manifestation de cette maladie :

.....
.....

Votre enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :

- à des médicaments ? Si oui, lesquels ?
.....
- à certaines matières ou aliments ? Si oui, lesquels ?
.....

Peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives ? oui-non

Y a-t-il des remarques supplémentaires :

.....
.....

« Si un cas de méningite se déclare en milieu scolaire, j'autorise le médecin scolaire à donner la dose unique de traitement antibiotique afin d'éviter l'apparition d'autres cas. » oui-non