

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

(À renseigner avec soin)

Ce document doit être remis **sous enveloppe fermée**, accompagné d'une photocopie du carnet de vaccination

Nom de l'élève : Prénoms : Classe :

Né (e) le : à Nationalité :

Sexe : Féminin Masculin / L'élève est-il : Droitier ? Gaucher ?

Groupe et rhésus sanguins (Avec une photocopie des 2 déterminations)

Nom, Prénom et e-mail mère :

..... Tél :

Nom, Prénoms et e-mail père :

..... Tél :

I. ANTECEDENTS MEDICAUX

➤ **Maladies allergiques** : Fournir un certificat médical

• Asthme Urticaire Rhinite Eczéma

• Alimentaire : -Allergie :
-Intolérance :

• Médicamenteuse : Oui Non

Si oui, Précisez :

• Autres. Précisez

➤ **Difficultés dans la petite enfance** :

Oui Non

Si oui, Précisez :

➤ **Interventions chirurgicales** :

Oui Non

Si oui, en quelle année ? :

➤ **Problèmes particuliers :**

DIFFICULTES		DIFFICULTES	
Déficience auditive	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Appareil auditif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Problème de dos	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Suivi orthophonique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Suivi orthopédique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Observations :	
Port de lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Indiquez le défaut de vision :	
Port de lentilles de contact	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Difficultés psychologiques	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lesquelles ? :	
Handicap	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lequel ? :	
Dyslexie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Bégaiement ou trouble du langage	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dyspraxie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	TDA / TDAH (ADD)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

➤ **L'élève a-t-il eu les maladies suivantes ?**

Maladies	Année	Maladies	Année	Maladies	Année
Varicelle	Laryngite	.....	RAA	.....
Rougeole	Septicémie	.....	Perte connaissance	.....
Rubéole	Mastoïdite	.....	Convulsions	.....
Méningite	Gastro entérite	.....	Epilepsie	.....
Coqueluche	Diarrhée chronique	.....	Saignement de nez	.....
Oreillon	Hépatite (A-B-autre)	.....	Verrues plantaires	.....
Otite	Anémie	.....	Thalacisémie	.....
Poliomyélite	Leucémie	.....	Crise cardiaque	.....
Bronchite	Drépanocytose	.....	Favisme	.....

Pneumonie	.....	Diabète	.....	Hypertension	.....
Pharyngite	.....	Crise de tétanie	.....	Fièvre typhoïde	.....

II. TRAITEMENT EN COURS SUIVI PAR L'ELEVE

➤ **L'élève prend-il un traitement régulièrement et sur le long terme ?**

OUI NON

Lequel ? :

Pour quelle maladie ? :

Depuis quelle date ? :

Date prévue pour la fin du traitement ? :

Fournir un certificat médical.

➤ **L'élève prend-il régulièrement un traitement antipaludéen ?**

OUI NON

Lequel ? :

III. VACCINATIONS

VACCINS	Date du dernier vaccin	Numéro du lot	Date du prochain rappel
BCG			
IDR			
DTP-DULTAVAX			
FIEVRE JAUNE			
MENINGITE ACW135			
TYPHOÏDE			
HEPATITE B			
COVID-19			

Ne pas oublier de joindre à ce document une **photocopie de toutes les pages renseignées du carnet de vaccination.**

IV. ANTECEDENTS ET EVENEMENTS FAMILIAUX

➤ **Nous invitons les familles à nous préciser des problèmes médicaux de parents proches (grands-parents, père, mère, frères et sœurs) :**

Diabète Hypertension Problèmes cardiaques Drépanocytose

Autres, précisez :

➤ **Et évènements particuliers :**

Naissance Décès Divorce Séparation Viol

Rapatriement

Autres, précisez :

AUTRES ENFANTS INSCRITS DANS L'ETABLISSEMENT			
NOM	PRENOMS	SEXE	CLASSE

NB : *Nous vous rappelons, chers parents, que c'est ensemble, avec toute la communauté éducative et de santé que nous accompagnons vos enfants, nos élèves vers la réussite dans un environnement sain et épanouissement. Nous vous invitons, par conséquent à ne pas hésiter à communiquer avec le service de santé pour le bien-être des enfants. Nous nous engageons à préserver la confidentialité des informations fournies et vous rappelons que l'infirmière est tenue au secret professionnel. Elle est à votre disposition et peut être rencontrée sur rendez-vous pour toute information et/ou conseil.*

A....., le
Nom, Contact, Cachet et signature du Médecin

A , le
Signature des parents ou du tuteur