



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE

Renseignement concernant l'élève

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : à

Nationalité 1 :

Nationalité 2 :

Groupe sanguin de l'élève :

Nom du père :

Nom de la mère :

profession :

Profession :

Antécédents médicaux

Votre enfant est-il allergique ?

- Certains médicaments, lesquels ?
- Certains aliments, lesquels ?
- Autres (insectes, poussières,...), précisez

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
Varicelle	Hépatite (A – B – C)	.....	Convulsions	.....
Rougeole	Asthme	.....	Epilepsie	.....
Rubéole	Crise de tétanie	.....	Saignement du nez	.....
Méningite	Poliomyélite	.....	.....	.....
Coqueluche	Drépanocytose	.....	.....	.....
Oreillon

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?

- Bégaiement Dyslexie Suivi orthophonique Suivi psychologique
 Déficience auditive Défaut de vision, lequel ? Port de lunette

Handicap, le(s)quel(s) ?

Autres problèmes ? Précisez

Traitement médical en cours

Votre enfant prend-il un autre traitement régulièrement ?

- Non oui Lequel ?
- Pour quelle maladie ?
- Depuis quand ?
- Date prévue pour l'arrêt du traitement :

Vaccinations : joindre à cette fiche la photocopie de tous les carnets de vaccinations (obligatoire)

NB : Nous vous informons que le personnel de l'école n'est pas habilité à administrer des médicaments aux enfants et qu'en cas d'urgence médicale, l'enfant sera orienté vers le centre médical le plus proche (LES BLEUETS)

Fait à Abidjan, le

Nom et prénoms : Signature :