

FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE
PREMIÈRE INSCRIPTION : À FAIRE COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN
RÉINSCRIPTION : À COMPLÉTER PAR LES PARENTS

Nom et prénoms : _____ Classe : _____

Date et lieu de naissance : ____/____/____ Sexe : Garçon / Fille

Vaccinations

Joindre à cette fiche une copie du carnet de vaccination complet (obligatoire)

Vaccins	Date du dernier vaccin	Numéro du lot	Date du prochain rappel
BCG			
IDR			
DTP-DULTAVAX			
FIÈVRE JAUNE			
MÉNINGITE ACW135			
FIÈVRE TYPHOÏDE			
HÉPATITE B			
ROR			

➤ **Antécédent médicaux**

Groupe sanguin : _____ Masse actuelle : _____

Y-a-t-il eu des problèmes médicaux dans la famille (parents, frères, sœurs) ?

Diabète : Hypertension : Problèmes cardiaques :

Problèmes pulmonaires : Drépanocytose :

Autres (Précisez) : _____

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (Cocher les si survenu)

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
Varicelle		Hépatite		Epilepsie	
Rougeole		Diabète		Convulsions	
Rubéole		Hypertension		Saignement du nez	
Méningite		Asthme		Autres	
Coqueluche		Drépanocytose			

L'enfant a-t-il eu des difficultés dans la petite enfance ?

Oui : Non :

Si oui, indiquez lesquelles (marche, langage, accident, traumatisme psychologique)

L'enfant a-t-il eu des interventions chirurgicales ?

Oui : Non :

Si oui, laquelle et en quelle année :

L'enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?

Bégaïement, dyslexie : Non Oui
Suivi orthophonique : Non Oui
Problèmes auditifs : Non Oui
Défaut de vision : Non Oui (si oui, précisez quelle correction de lunettes)

Problème de dos : Non Oui
Règles douloureuses : Non Oui
Migraine : Non Oui
Handicap : Non Oui
Entorses/Fractures récurrentes : Non Oui
Psychologique : Non Oui (si oui, précisez)

Autres problèmes, préciser :

L'enfant est-il allergique à (si oui, fournir le certificat médical)

Certains médicaments : Non Oui (si oui, indiquez lesquels)
Certains aliments : Non Oui (si oui, indiquez lesquels)
Autres, préciser :

L'enfant prend-il un traitement régulier ?

Non Oui

Si oui, précisez lequel (Ordonnance à fournir obligatoirement)

Pour quelle maladie ? _____

Depuis quand ? _____

Doit être pris pendant le temps scolaire : Non Oui

Date prévue pour l'arrêt du traitement : _____

➤ **Problèmes ou évènements particuliers**

L'enfant a-t-il été confronté à un évènement ou à un problème particulier (naissance, décès d'un proche, divorce, rapatriement, soucis familiaux, problèmes de santé...) ?

➤ **Autres remarques importantes**

L'infirmière scolaire est à la disposition des familles pour tout renseignement ou tout conseil concernant les élèves. Les familles peuvent la rencontrer à l'infirmierie sur rendez-vous.

Date et signature des parents :

Cachet et signature du médecin (en cas de première inscription)