

## FICHE MEDICALE 2021 -2022

CLASSE	NOM DE FAMILLE	MATRICULE



### ELEVE

Nom et Prénoms : ..... Prénom(s): .....

Sexe : ..... Tél.domicile : .....

Date et lieu de naissance : .....

Votre enfant est -il :

- Asthmatique      Diabétique       Drépanocytaire   
 Autres      Précisez : .....

Votre enfant a-t -il un suivi :

- Orthophonique      Autres   
 Précisez : .....

Votre enfant est -il allergique :

- Des médicaments (précisez) .....  
 .....
- Des aliments (précisez) .....  
 .....
- Autres (précisez) .....  
 .....

### PERSONNE A CONTACTÉR EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... prénom(s) : .....

Lien de parenté : ..... Tél domicile : .....

### MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom(s) : .....

Nom et adresse du cabinet : .....

Téléphone (s) : .....

❖ **Merci de joindre à cette fiche le certificat de vaccination**

Abidjan le, .....

Signature de la (les) personne (s) responsable (s) de l'élève