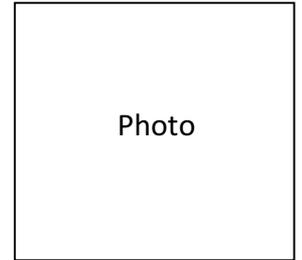


FICHE MEDICALE



IDENTITE DE L'ELEVE

Nom et Prénoms : Classe :

Date et lieu de naissance : Garçon Fille

VACCINATIONS

Vaccins	Date du dernier Vaccin	Numéro du lot	Date du prochain rappel
BCG :			
IDR :			
DTP DULTAVAX :			
FIEVRE JAUNE			
MENINGITE ACW135			
TYPHOIDE			
HEPATITE B			

INFORMATIONS MÉDICALES

Groupe sanguin : Poids :

Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand ?)

.....

.....

.....

L'enfant est-il allergique ou sensible à certains médicaments ? Oui /Non Lesquels ?

.....

.....

L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments ? oui Non

Lesquels?.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

.....

L'enfant doit-il prendre des médicaments durant la journée de classe ? Oui Non

Lesquels ? :

A quel moment ?

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

(Cochez la (les) case(s))

- Diabète
- Asthme
- Affection cardiaque
- Épilepsie
- Affection cutanée
- Saignement de nez
- Maux de tête
- Maux de ventre
- Angoisse

Autres (précisez)

➤

➤

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

.....

.....

.....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénoms:

Lien de parenté : Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénoms :

Nom et adresse du cabinet :

Téléphone :

Abidjan le,

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