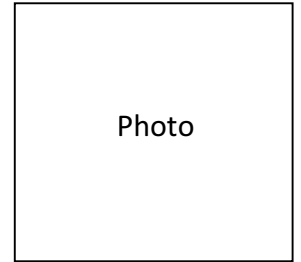


# FICHE MEDICALE



## 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