

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 : ___/___/_____ à _____ 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			
TETANOS			
DTP-DULTAVAX			
FIÈVRE JAUNE			
MÉNINGITE ACW135			
FIÈVRE TYPHOÏDE			
HÉPATITE B			
ROR			

Groupe sanguin : _____ Masse actuelle : _____

➤ **Antécédents médicaux familiaux**

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

Diabète : Hypertension : Problèmes cardiaques :

Problèmes pulmonaires : Drépanocytose :

Autres (Précisez) : _____

➤ **Antécédents médicaux personnels**

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

Varicelle Rougeole Rubéole Coqueluche Méningite

L'enfant est-il atteint des pathologies suivantes ? (Cocher les si survenu)

Maladie		Maladie	
Hépatite		Epilepsie	
Diabète		Convulsions	
Hypertension		Saignement du nez	
Asthme		Ulcère gastrique	
Drépanocytose		Problème de dos	
Migraine		Règles douloureuses	

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 : _____

➤ **Antécédents chirurgicaux personnels**

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

Oui : Non :

Si oui, laquelle et en quelle année :

➤ **Développement personnel psychomoteur :**

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 actuellement un de ces problèmes ?

Bégaiement, dyslexie : Non Oui

Suivi orthophonique : Non Oui

Problèmes auditifs : Non Oui

Défaut de vision : Non Oui (si oui, précisez quelle correction de lunettes)

Handicap : Non Oui

Entorses/Fractures récurrentes : Non Oui

Psychologique : Non Oui (si oui, précisez)

Autres problèmes, préciser :

➤ **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**

Le service médical se tient à la disposition des familles pour tout renseignement ou tout conseil concernant les élèves. Les familles peuvent le rencontrer à l'infirmierie sur rendez-vous.

Date et signature des parents :

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