

! A compléter précisément et lisiblement par les parents ou par un médecin !

**Identité de l'élève :**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Classe : .....

Poids : .....

Vignette de mutuelle (à coller)

**Personnes à contacter en cas d'urgence :**

1. Nom, prénom : ..... 2. Nom, prénom : .....

Lien de parenté : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

**Médecin traitant de l'enfant :** Docteur ..... Téléphone : .....

**DONNEES MEDICALES :**

(\*) Biffez la mention inutile

- L'élève a-t-il présenté des maladies /subi des opérations antérieures (lesquelles et quand) ?  
.....  
.....
- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	non	oui	Si oui, quel est le traitement habituel, comment réagir, quelles précautions particulières prendre ?
Diabète			
Epilepsie			
Maladie cardiaque			
Maladie respiratoire (asthme...)			
Problème digestif (gastrique, intestinal...)			
Problème ORL			
Maux de tête			
Incontinence			
Affection de la peau			
Autres (angoisse...)			

➤ L'élève prend-il des médicaments ? Lesquels ? A quel dosage et à quel moment ?

Nom du médicament	Matin	Midi	Goûter	Souper	Coucher

Entourez les médicaments qui seront pris à l'école.

**A noter qu'aucun médicament ne sera administré à l'enfant sans certificat médical de traitement !**

- L'élève suit-il un régime alimentaire particulier ? oui / non (\*)  
Si oui, lequel ? .....
- L'élève est-il allergique à
  - des médicaments ? oui / non (\*) Si oui, lesquels ? .....
  - des aliments ? oui / non (\*) Si oui, lesquels ? .....
  - autres : .....
- Date du dernier rappel de vaccin contre le tétanos : .....
- L'élève présente-t-il un problème moteur ? oui / non (\*)  
Si oui, lequel ? .....  
Y a-t-il des activités/sports qu'il ne peut pas pratiquer ? oui / non (\*) Si oui, lesquels et pourquoi ?  
.....
- Un diagnostic a-t-il été posé par un spécialiste des troubles d'apprentissages (centre PMS, neuropédiatre, logopède, neuropsychologue, centre de guidance) ? oui / non (\*)  
Si oui, le(s)quel(s) ? ..... Quand ? .....  
Merci de nous faire parvenir une copie de ce diagnostic !  
Des services sont-ils mis en place au service de l'enfant ? Quels sont les intervenants extérieurs ?  
.....

Les informations fournies dans cette fiche médicale sont exactes et complètes.  
Merci de nous prévenir s'il y a de nouveaux éléments utiles à la prise en charge de votre enfant.

Les données médicales sont protégées dans le respect de notre déclaration relative à la protection des données personnelles. Vous disposez à l'égard de ces données des mêmes droits que ceux que vous pouvez exercer pour les données personnelles.

**En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents/responsables de l'élève, ceux-ci autorisent le responsable d'établissement à prendre toutes mesures médicales qui s'avèreraient nécessaires (traitement médical, opération...).**

Date : ... / ... / 20...

Nom et signature du parent responsable :