

**MODELE  
FICHE MEDICALE  
INDIVIDUELLE**

**A TRANSMETTRE AU TITULAIRE  
DE CLASSE DE VOTRE ENFANT**

**TRES IMPORTANT !**

Avis aux Parents et aux Tuteurs !

Ce document doit être complété avec précision par vous et/ou par votre médecin généraliste. Les renseignements repris ci-dessous sont de nature strictement confidentielle. Nous vous remercions de votre collaboration.

RENSEIGNEMENTS MIS A JOUR EN DATE DU : ..... / ..... / 2011

IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

GROUPE SANGUIN : .....

ADRESSE ET N° DE TEL : .....

.....

**EN CAS D'URGENCE, IL CONVIENT DE PREVENIR :** .....

ADRESSE ET N° DE TEL : .....

.....

Joindre à cet emplacement deux vignettes de votre mutuelle

Ne pas coller s.v.p.

**DONNEES MEDICALES :**

Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et/ou opération(s) subie(s) : .....

.....  
.....

Est-il (elle) atteint(e) de diabète – asthme – affection cardiaque – épilepsie – rhumatisme – affection cutanée – somnambulisme – handicap moteur – autre(s) - .....

Merci de préciser : .....

Date de la dernière cuti – intradermo : .....

Date du dernier vaccin contre le tétanos : .....

Sérum antitétanique : OUI – NON : date : .....

L'enfant est-il particulièrement sensible ou allergique : à des aliments – à des médicaments – à des matières – aux refroidissements – à la fatigue – autre(s) - .....

Merci de préciser : .....

Est-il (elle) soigné(e) par homéopathie : OUI – NON

Expliquer : .....

Puberté : OUI – NON – EN COURS

L'enfant sait-il correctement nager : OUI – NON

**AUTRE(S) PRECISION(S) UTILE(S) :**

.....

.....

**EN CAS D'EXTREME URGENCE**, j'autorise les adultes responsables de mon enfant à prendre les mesures nécessaires.

Document complété à : ..... , le .....

Signature (père – mère – tuteur) : .....

**MEDECIN TRAITANT (nom – adresse – téléphone – fax) :**

.....

.....

Mutuelle : .....

N° d'affiliation de l'enfant : .....