



**FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE**

Fiche à remplir avec précision et à retourner sous enveloppe fermée à l'infirmière scolaire  
( le secret médical est strictement respecté )

**ÉLÈVE**

**CLASSE**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe:  M  F

Né (e) le : ..... À : ..... Nationalité : .....

Adresse géographique : .....

- **FRÈRES ET SŒURS DANS L'ÉTABLISSEMENT** :  NON  OUI

Nom, prénom, Classe : .....

Nom, prénom, Classe : .....

Nom, prénom, Classe : .....

- **GROUPE SANGUIN** : ..... (Avec photocopie des deux déterminations, si possible)
- **VACCINATIONS** : Joindre à cette fiche une photocopie de tous les carnets de vaccination (obligatoire)
- **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** : Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?

NON  OUI -Lesquelles et en quelle année ?

.....

**Votre enfant est - il allergique : à**

- Certains médicaments, lesquels ? .....
- Certains aliments, lesquels ? .....
- Autres (insectes, poussières...), précisez : .....

• **AUTRES INFORMATIONS UTILES :**

- Asthme  Crise de tétanie  Drépanocytose  Diabète  Perte de connaissance
- Convulsions  Epilepsie  Suivie orthophonique  Défaut de vision  Déficience auditive

**N'hésitez pas à faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits et de vos remarques concernant votre enfant :** .....

.....  
.....

• **TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L'ÉLÈVE** : Votre enfant suit -il un traitement régulièrement ?

NON  OUI, précisez : lequel ? .....  
Pour quelle maladie ? .....  
Depuis quand ? .....  
Date prévue pour l'arrêt du traitement ? .....

**VOTRE MEDECIN TRAITANT**

Nom & Prénom : .....  
Nom & adresse du cabinet : .....  
Téléphone cabinet : ..... Portable : .....

**CONTACTS DES PARENTS**

▪ PERE (Nom & Prénom) : .....  
Tél Domicile : ..... Tél Bureau : ..... Cel : .....  
▪ MERE (Nom & Prénom) : .....  
Tél Domicile : ..... Tél Bureau : ..... Cel : .....  
▪ TUTEUR (Nom & Prénom) : .....  
Tél Domicile : ..... Tél Bureau : ..... Cel : .....  
▪ UN PARENT (Nom & Prénom) : .....  
Tél Domicile : ..... Tél Bureau : ..... Cel : .....

***En cas d'urgences, je demande l'admission de mon enfant dans l'établissement de soins suivant :***  
.....

L'infirmière scolaire est à votre disposition à l'infirmerie pour tout renseignement ou tout conseil concernant votre enfant.

Fait à Abidjan, le .....

Signatures des parents

Père :

Mère :