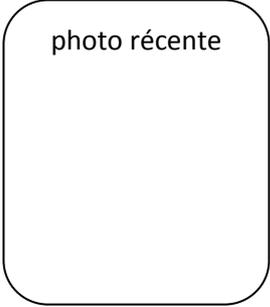


FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE



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 Suivre 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 :