

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE

Renseignements concernant l'élève

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : à

Nationalité 1 :

Nationalité 2 :

Groupe Sanguin de l'élève :

Nom du père : Nom de la mère :

Profession : Profession :

Antécédents médicaux

Votre enfant est-il allergique ?

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

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
Varicelle		Hépatite (A –B –C)	.....	Convulsions	.....
Rougeole		Asthme	.....	Epilepsie	.....
Rubéole		Crise de tétanie	.....	Saignement du Nez	.....
Méningite		Poliomyélite	.....		.....
Coqueluche		Drépanocytose	.....		.....
Oreillon					

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?

- ☐ Bégaiement
 ☐ Dyslexie
 ☐ Suivi orthophonique
 ☐ Suivi psychologique
 ☐ Déficience auditive
☐ Défaut de vision, lequel ?
 ☐ Port de lunette

Handicap, le(s)quel(s) ?

.....

Autres problèmes ? Précisez

Traitement médical en cours

Votre enfant prend-il un autre traitement régulièrement ? ☐ ☐

☐ Non ☐ Oui Lequel ?

.....

Pour quelle maladie ?

.....

Depuis quand ?

.....

Date prévue pour l'arrêt du traitement :

.....

Peut-on administrer un antithermique ou un antidouleur à votre enfant en cas de fièvre ou de douleurs ?

☐ Non ☐ Oui Lequel ?

Votre enfant a-t-il une assurance maladie ?

☐ Non ☐ Oui Lequel ?

Vaccinations : joindre à cette fiche la photocopie de tous les carnets de vaccinations (obligatoire)

Assurance : Joindre une copie de la carte d'assurance

Fait à Abidjan le

Nom et prénoms : Signature :