

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

(À renseigner avec soin)

Ce document doit être remis **sous enveloppe fermée**, accompagné d'une photocopie du carnet de vaccination

Nom de l'élève : Prénoms : Classe :

Né (e) le : à Nationalité :

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐ / L'élève est-il : Droitier ? ☐
Gaucher ? ☐

Groupe et rhésus sanguins : (Avec une photocopie des 2 déterminations)

Nom, Prénom et e-mail mère :

.....

..... Cél :

Nom, Prénoms et e-mail père :

.....

..... Cél :

I. ANTECEDENTS MEDICAUX

○ Maladies allergiques : Fournir un certificat médical

• Asthme ☐ Urticaire ☐ Rhinite ☐ Eczéma ☐

• Alimentaire : -Allergie :
-Intolérance :

• Médicamenteuse : Oui ☐ Non ☐

Si oui, Précisez :

• Autres. Précisez

○ **Difficultés dans la petite enfance :**

Oui ☐ Non ☐

Si oui, Précisez :

○ **Interventions chirurgicales :**

Oui ☐ Non ☐

Si oui, en quelle année ? :

○ **Problèmes particuliers :**

DIFFICULTES			DIFFICULTES		
Déficiance auditive	OUI NON	☐	Appareil auditif	OUI NON	☐
Problème de dos	OUI NON	☐	Suivi orthophonique	OUI NON	☐
Suivi orthopédique	OUI NON	☐	Observations :		
Port de lunettes	OUI NON	☐	Indiquez le défaut de vision :		
Port de lentilles de contact	OUI NON	☐	.....		
Difficultés psychologiques	OUI NON	☐	Lesquelles ? :		
Handicap	OUI NON	☐	Lequel ? :		
Dyslexie	OUI NON	☐	Bégalement ou trouble du langage	OUI NON	☐
Dyspraxie	OUI NON	☐	TDA / TDAH (ADD)	OUI NON	☐

○ L'élève a-t-il eu les maladies suivantes ?

Maladies	Année	Maladies	Année	Maladies	Année
Varicelle		Laryngite	.....	RAA	.....
Rougeole		Septicémie	.....	Perte connaissance	.....
Rubéole		Mastoïdite	.....	Convulsions	.....
Méningite		Gastro enterite	.....	Epilepsie	.....
Coqueluche		Diarrhée chronique	.....	Saignement de nez	.....
Oreillon		Hépatite (A-B-autre)	.....	Verrures plantaires	.....
Otite		Anémie	.....	Thalacisémie	.....
Poliomyélite		Leucémie	.....	Crise cardiaque	.....
Bronchite		Drépanocytose	.....	Favisme	.....
Pneumonie		Diabète	.....	Hypertension	.....
Pharyngite		Crise de tétanie	.....	Fièvre Thyphoïde	.....

II. TRAITEMENT EN COURS SUIVI PAR L'ELEVE

○ L'élève prend-il un traitement régulièrement et sur le long terme ?

OUI ☐ NON ☐

Lequel ? : Pour

quelle maladie ? :

Depuis quelle date ? :

Date prévue pour la fin du traitement ? :

Fournir un certificat médical.

○ L'élève prend-il régulièrement un traitement paludéen ?

OUI ☐ NON ☐

Lequel ? :

III. VACCINATIONS

VACCINS	Date du dernier vaccin	Numéro du lot	Date du prochain rappel
BCG			
IDR			
DTP-DULTAVAX			
FIEVRE JAUNE			
MENINGITE ACW135			
TYPHOÏDE			
HEPATITE B			
COVID-19			

Ne pas oublier de joindre à ce document une **photocopie de toutes les pages renseignées du carnet de vaccination.**

IV. ANTECEDENTS ET EVENEMENTS FAMILIAUX

○ Nous invitons les familles à nous préciser des problèmes médicaux de parents proches (grands-parents, père, mère, frères et sœurs) :

Diabète ☐ Hypertension ☐ Problèmes cardiaques ☐ Drépanocytose ☐

Autres, précisez :

○ Et évènements particuliers :

Naissance ☐ Décès ☐ Divorce ☐ Séparation ☐ Viol ☐ Rapatriement ☐

Autres, précisez :

AUTRES ENFANTS INSCRITS DANS L'ETABLISSEMENT			
NOM	PRENOMS	SEXE	CLASSE

NB : *Nous vous rappelons, chers parents que c'est ensemble, avec toute la communauté éducative et de santé que nous accompagnons vos enfants, nos élèves vers la réussite dans un environnement sain et épanouissement. Nous vous invitons, par conséquent à ne pas hésiter à communiquer avec le service de santé pour le bien-être des enfants. Nous nous engageons à préserver la confidentialité des informations fournies et vous rappelons que l'infirmière est tenue au secret professionnel. Elle est à votre disposition et peut être rencontrée sur rendez-vous pour toute information et/ou conseil.*

A....., le
Nom, Contact, Cachet et signature du Médecin

A, le
Signature des parents ou du tuteur