



Fiche Médicale pour les Nouveaux Elèves
(à remplir exclusivement par le médecin traitant)

Classe de

1- Identification :

- Prénom : Nom du père : Famille :
- Date de naissance : • G.S. et Rhésus :
(photocopie de la carte)

2- Allergie :

- Médicamenteuse : • Alimentaire :
- Topique (urticaire, eczéma, ...) :

3- Maladies à répétitions :

4- Maladies chroniques :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Respiratoire | <input type="checkbox"/> Neurologique |
| <input type="checkbox"/> Sanguine | <input type="checkbox"/> Rénale |
| <input type="checkbox"/> Cardiaque | <input type="checkbox"/> Hépatique |
| | <input type="checkbox"/> Autres |

Si oui précisez et notez le traitement suivi :

5- Antécédents chirurgicaux :

6- Déficits particuliers :

Vue : Ouïe : Autres :

7- Vaccinations :

| | Dtc. Polio,Hib | HIB | Hépatite B | Pneumo- coque | ROR | Varicelle | Hépatite A | Méningo- coque | Typhoïde | IDR (Résultat) | Autres |
|-------------------------|-------------------|-----|---------------|------------------|-----|-----------|---------------|-------------------|----------|-------------------|--------|
| 1 ^{ère} Dose | | | | | | | | | | | |
| 2 ^{ème} Dose | | | | | | | | | | | |
| 3 ^{ème} Dose | | | | | | | | | | | |
| 1 ^{er} rappel | | | | | | | | | | | |
| 2 ^{ème} rappel | | | | | | | | | | | |
| 3 ^{ème} rappel | | | | | | | | | | | |
| 4 ^{ème} rappel | | | | | | | | | | | |
| Maladie | | | | | | | | | | | |

8- Aptitude au sport :

- Apte Inapte temporairement, durée : Raisons :
- Précautions à prendre :

9- Précautions et surveillances particulières qui pourraient être faites en urgence en cas de problèmes :

.....

Information confidentielle :

- N.B :** 1- Les parents sont responsables de toute lacune et/ou maladie non déclarée(s).
2- Les parents sont aussi responsables de toute fiche non rendue dans les délais précis.
3- Prière de rendre cette fiche le

Signature des parents Nom du médecin traitant :

Tél. Domicile : Portable :

Bureau : Signature et cachet :