

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICALE 2017- 2018



Nom de l'élève :	Date de naissance :
Prénom :	Lieu de naissance :
Sexe :	Nationalité :
Nombre de frères : de sœurs :	
Nom et prénom du père :	Profession :
Nom et prénom de la mère :	Profession :
Adresse précise du domicile :	Tél portable du père :
Tél fixe domicile :	Tél portable de la mère :

En cas d'urgence, personnes à contacter autres que le responsable légal (préciser les noms et les numéros de téléphone de ces personnes).

.....
.....

Antécédents médicaux

Poids :Taille :.....

Y a-t-il des problèmes médicaux dans la famille ?

- **Diabète**
- **Hypertension**
- **Problèmes cardiaques**
- **Autres ? Lesquelles ?**

.....

L'élève a-t-il rencontré des difficultés dans la première enfance (marche, langage, traumatisme, accident) ?

.....
.....

A-t-il souvent des crises de paludisme ?.....

A-t-il des difficultés particulières actuellement (maladie chronique, trouble psychologique) ?

.....
.....

Prend-t-il régulièrement un traitement médical ? Si oui joindre une copie des ordonnances.

.....

Avez-vous recours à la médecine traditionnelle ? Pour quelle pathologie ?

.....

L'élève a-t-il déjà subi une ou plusieurs interventions chirurgicales et en quelle année ?

.....

.....

A-t-il eu les maladies suivantes ? Si oui, merci de préciser l'année.

- Varicelle.....
- Rubéole.....
- Oreillons
- Méningite

A-t-il allergique à :

Certains médicaments, lesquels ?.....

Certains aliments, lesquels ?.....

Autres (insectes, poussières...)?.....

La vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, les hépatites A et B , la varicelle, les infections papillomavirus humains n'est pas obligatoire, mais recommandée. Si ces vaccins ont été faits, merci de le préciser :

.....

.....

Nom et prénom du médecin traitant (généraliste ou pédiatre) que l'élève consulte habituellement :

.....

Adresse professionnelle de ce médecin :.....

Téléphone professionnel de ce médecin :.....

Téléphone personnel de ce médecin :