

Fiche médicale individuelle

Identité de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Niveau :

Personnes à contacter en cas de problème (autres que les parents)

● Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

● Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

➤ Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand ?)

-

-

-

➤ **L'enfant présente-t-il des allergies ?** Oui Non

(Cutanées, alimentaires, médicamenteuses ou autres)

- Si oui lesquelles ?

.....
.....

➤ **L'enfant a-t-il des problèmes de vue ?** Oui Non

- Si oui, précisez (myopie, astigmatisme etc...)

.....
.....

- Porte-t-il des lunettes de vue ? Oui Non

➤ **L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :**

(Cochez les cases)

Diabète

Asthme

Affection cardiaque

Epilepsie

Affection cutanée

Saignement de nez

Maux de tête

Maux de ventre

Angoisse

Autre

Pour les affections retenues, merci d'indiquer s'il y a un traitement ou des précautions particulières à prendre ?

.....
.....

➤ **L'enfant doit-il prendre des médicaments durant la journée de classe ?** Oui Non

- Si oui, lesquels et à quel moment ?

.....

➤ **L'enfant peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives ?** Oui Non

Signature parentale