



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 : Prénom : Classe :

Adresse : Téléphone :

Profession de la mère :

Profession du père (ou du tuteur) :

I. Antécédents médicaux

1- Troubles de croissance et de développement :

Rachitisme, Hypotrophie, Obésité, Maladie endocrinienne

2- Maladies allergiques :

- Asthme, Urticaire, Rhinite, Eczéma

- Alimentaire :

✓ Allergie :

✓ Intolérance :

- Médicamenteuse. Précisez :

.....

- Autres. Précisez

.....

3- Maladies infectieuses :

- Infections à répétition: Otite, pharyngite, bronchite, laryngite, pneumonie, gastro-entérite, diarrhée chronique, Autres :

- Infections aiguës graves: Septicémie, Méningite, mastoïdite, séquelle d'atteinte neurologique, Autres :

- Contagieuses: Coqueluche, rougeole, rubéole, oreillons, hépatite, varicelle
Autres :

4- Maladies organiques :

Cardiaque, rénale, hépatique

5- Maladies sanguines :

Anémie, favisme, drépanocytose, thalassémie, leucémie

6- Troubles neurologiques :

Convulsions, épilepsie (ou équivalent), séquelle de traumatisme crânien

7- Déficits particuliers :Sensitif, sensoriel, auditif, visuel

- Votre enfant porte des lunettes **oui** **non**
- Votre enfant porte des lentilles de contact **oui** **non**
- Votre enfant porte un appareil auditif **oui** **non**

8- Antécédent chirurgical :.....

9- Est-ce que l'enfant prend un traitement au long cours ? Si oui, Précisez lequel.....

10- Prend-il un traitement antipaludéen ? **non** **oui**, lequel :

II. Problème de santé important

1. Si votre enfant présente un **problème de santé important** l'amenant à devoir bénéficier d'un traitement pendant le temps scolaire ou d'une prise en charge spécifique en cas d'urgence, vous êtes priés de vous rapprocher du service de santé afin qu'il puisse être mis en place un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** répondant spécifiquement aux besoins de votre enfant.

2. Votre enfant est-il suivi par :

- ✓ Un psychologue :.....
- ✓ Un pédopsychiatre :.....
- ✓ Un orthophoniste :.....
- ✓ Un ergothérapeute :.....
- ✓ Un Educateur spécialisé :.....
- ✓ Psychomotricien :.....
- ✓ Autre :.....

Dans le cadre d'un suivi particulier, veuillez nous joindre les derniers bilans afin que le dossier médical de votre enfant soit mis à jour.

III. Vaccinations Obligatoires

- D.P.T. – Polio:.....
- Fièvre Jaune:.....

IV. Vaccinations fortement recommandées:

- BCG :.....
- Hépatite B :.....
- ROR –Coqueluche :.....
- Méningite ACWY

NB : Joindre **obligatoirement** une copie du carnet de vaccination ou un certificat médical attestant les vaccinations

V. Groupe sanguin (fortement conseillé) (Joindre la photocopie de la carte de groupe sanguin)

Date et signature des parents ou du tuteur :