

Année 20... - 20.....

FICHE MEDICALE

Nom et prénom de l'enfant : Classe :
Date de naissance :
Adresse complète :
.....

IMPORTANT :

Remarque : Merci d'écrire très lisiblement.

N° de téléphone fixe et de GSM des parents : 1. Père :
2. Mère :

N° de téléphone du travail des parents : 1. Père :
2. Mère :

Adresse mail des parents : 1. Père : (en imprimé SVP)
2. Mère : (en imprimé SVP)

Nom et N° de téléphone pouvant être contacté en cas d'absence des parents :
.....

Données médicales :

Nom et N° de téléphone du médecin traitant :

L'élève est-il allergique à certains médicaments ? Si oui lesquels ?.....
.....
.....
.....

Est-il atteint de Diabète - Asthme - Affection cardiaque - Epilepsie - Affection cutanée ? Si oui que pouvons-nous faire ?
.....
.....

Autres maladies ?.....
.....
.....