

# FICHE MEDICALE ELEVE

## A compléter par l'élève ou sa famille

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Nationalité : .....  
Adresse : ..... Localité : .....  
GSM : .....

### Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Téléphone : .....  
Qualité : .....

Nom : ..... Téléphone : .....  
Qualité : .....

### Coordonnées du Médecin traitant :

Nom : ..... Téléphone : .....

### L'enfant a-t-il un problème de santé actuellement ?

☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

### Prend-il régulièrement un traitement médical ?















☐ oui ☐ non

Si oui, veuillez joindre la prescription médicale type de l'école

### Souffre-t-il d'allergie alimentaire ?

☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
|  |  |  |  |  |
| Gluten  | Poisson   | Crustacés   | oeufs   | Arrachides   |
|  |  |  |  |  |
| Moutarde  | Mollusques  | Soja  | Sulfites  | Sésame   |
|  |  |  |  |  |
| Céleri  | Lupins  | Lait  | Fruits à coque  |  |

En cas de non réponse de la personne à contacter en cas d'urgence, je marque mon accord, pour un transfert éventuel en ambulance auprès du centre hospitalier le plus proche.

**Date et signature des parents :**

NOM :  
PRENOM :

Classe :

**DONNEES MEDICALES**  
**A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT**

**Pour les élèves ayant un problème de santé connu.**

L'élève présente-t-il un problème médical particulier nécessitant la prise d'un traitement ?

☐ oui    ☐ non

Si oui, merci de compléter la prescription médicale type ci-dessous.

L'élève présente-t-il une allergie médicamenteuse ?

☐ oui    ☐ non

Si oui, précisez :

.....  
.....  
.....

L'élève présente-t-il une allergie alimentaire ?

☐ oui    ☐ non

Si oui, précisez :

.....  
.....  
.....

**L'élève présente-t-il une contre-indication à la prise d'iode stable ?**

(Dans le cadre du plan d'urgence fédéral nucléaire) ?

☐ oui    ☐ non

**PRESCRIPTION MEDICALE TYPE**  
**(A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT SI PROBLEME DE SANTE AVEC PRISE EN CHARGE)**

Quel est le problème médical connu ou supposé de l'élève ?  
.....  
.....  
.....

Renseignez ici le traitement, en ceux compris homéopathique, que l'élève peut être amené à prendre au sein de l'école ?

| Nom du traitement<br>Voie d'administration | Posologie | Fréquence de prise, horaires | Surveillance à adopter |
|--|-----------|------------------------------|------------------------|
|  |           |                              |                        |
|  |           |                              |                        |
|  |           |                              |                        |

Aménagements nécessaires et raisonnables en fonction des besoins médicaux spécifiques de l'élève :  
.....  
.....  
.....  
.....

Liste des médicaments devant être conservés à l'école (précisez la modalité si nécessaire, par ex. au réfrigérateur...)  
.....  
.....  
.....  
.....

Cachet du médecin :

Date et Signature du médecin :