

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 ?

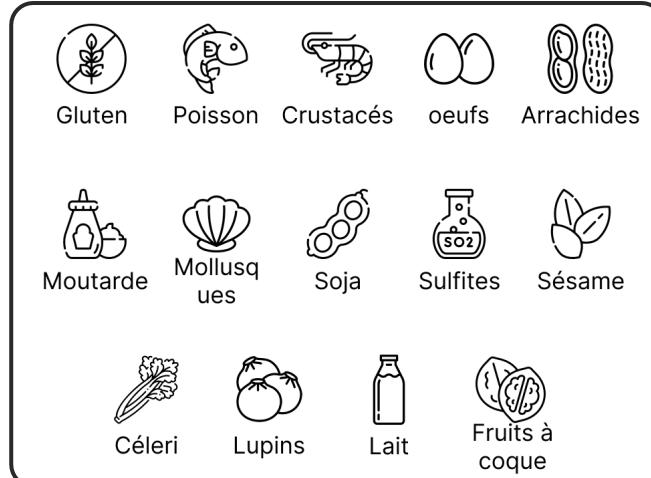
oui non

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

Souffre-t-il d'allergie alimentaire ?

oui non

Si oui, laquelle



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

NOM :
PRENOM :

Classe :

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 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 :