

ECOLE ALOYS KOBES

5 rue Moussé Diop

Tél : 33 822 84 62

Photo

FICHE MEDICALE

Nom et prénoms de l'élève :

Date et lieu de naissance :

Responsables de l'élève :

Le père	
Nom et prénom(s)	
Adresse du domicile	
Téléphone portable	
Téléphone domicile	
Téléphone professionnel	
E-mail	

La mère	
Nom et prénom(s)	
Adresse du domicile	
Téléphone portable	
Téléphone domicile	
Téléphone professionnel	
E-mail	

En cas d'absence des parents :

Personne à prévenir en cas d'urgence	
Nom et prénom(s)	
Adresse du domicile	
Téléphone portable	
Téléphone domicile	
Téléphone professionnel	

Médecin de famille	
Nom et prénoms	
Téléphone bureau	
Téléphone portable	

Informations relative à l'élève :

Traitement suivi à ce jour :

Allergies connues :

Traitement contre ces allergies :

Intervention(s) chirurgicale(s) :

A-t-il déjà eu un suivi personnalisé (PAP, PAI) ?

Autres informations pouvant être utiles à l'infirmière :

.....

Maladies survenues depuis l'enfance

Maladies	Années	Maladies	Années	Maladies	Années
Varicelle		Oreillons		Asthme	
Rougeole		Otite		Spasmophilie	
Rubéole		Méningite		Drépanocytose	
Coqueluche		Diabète		Rhumatismes	

Date de la dernière vaccination DTCP :

Autorisation de soins et de prise en charge en cas d'urgence

Je soussigné(e).....

Autorise l'administration de l'école à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident ou de maladie.

En cas de besoin, je souhaite que mon enfant soit hospitalisé à l'hôpital.....

(Nom+ numéro de téléphone)

Ou à la Clinique..... (Nom+ numéro de téléphone)

Fait àle

Signature

PS : Joindre à cette fiche de renseignements une photocopie des vaccinations