

FICHE MEDICALE 2022-2023

CLASSE	NOM DE FAMILLE	MATRICULE

Photo de
l'élève

1- IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : Prénom (s) :

Sexe : Lieu d'habitation :

Date de naissance : Groupe sanguin :

2- VACCINATIONS (joindre copie du carnet de vaccination) (Obligatoire)

VACCINS	DATE DU DERNIER VACCIN	DATE DU PROCHAIN RAPPEL
DTCOQ POLIO		
ROUGEOLE		
BCG		
FIEVRE JAUNE		
MENINGITE		
ROR		
HEPATITE		

3- ANTECEDENTS MEDICAUX

a) L'enfant a-t-il eu des difficultés dans la petite enfance et/ ou à la naissance ?
(Marche, langage, traumatisme, souffrance fœtale...).

(Si oui, indiquez lesquelles)

Oui Non

a) L'enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?

(Si oui, indiquez lesquelles et en quelle année)

Oui Non

c) L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? Si oui indiquez l'année.

MALADIE	ANNEE	MALADIE	ANNEE	MALADIE	ANNEE
VARICELLE		OREILLONS		CONVULSIONS	
ROUGEOLE		ASTHME		SAIGNEMENT DU NEZ	
RUBEOLE		DREPANOCYTOSE		AUTRES (précisez)	
MENINGITE		DIABETE			
COQUELUCHE		PERTE DE CONNAISSANCE			

d) L'enfant a-t-il actuellement ces problèmes ?

	Oui	Non
Bégaiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyslexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi orthophonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficience auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Votre enfant est-il allergique à :

- Des médicaments, (précisez)
- Des aliments (précisez)
- Autres (précisez)

Merci de compléter les renseignements ci-dessous avec des numéros joignables.

PERE Nom : Prénom :

Cellulaire Bureau Domicile

MERE Nom : Prénom :

Cellulaire Bureau Domicile

TUTEUR Nom : Prénom :

Cellulaire Bureau Domicile

Nom du médecin traitant de l'élève :

Nom et adresse du Cabinet :

Téléphone (s) :

Autorisez-vous l'infirmière scolaire à donner des médicaments ou à prodiguer des soins à votre enfant, en accord avec le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences les établissements scolaires? (B.O.E.N. hors-série n°1 du 06/01/2000)

Oui

Non

En cas d'urgence, si nous n'arrivons pas à vous joindre, votre enfant sera conduit à l'hôpital le plus proche :

Oui

Non

Merci de joindre à cette fiche les photocopies du carnet de vaccinations.

Fait à Abidjan, le

Nom et signature du parent