

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

Année Scolaire : 2026 – 2027

1. IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

- Nom : _____ Prénoms : _____
- Classe : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Groupe Sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O | Rhésus : ☐ + ☐ -

2. CONTACTS EN CAS D'URGENCE

- Responsable 1 (Tél) : _____
- Responsable 2 (Tél) : _____
- Médecin traitant (Nom/Tél) : _____

3. ANTÉCÉDENTS ET PATHOLOGIES

- L'enfant souffre-t-il d'une maladie chronique ?
 - ☐ Asthme ☐ Diabète ☐ Épilepsie ☐ Troubles cardiaques
 - Autre : _____
- L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? ☐ Oui ☐ Non

(Si oui, joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments sous emballage)

- Port de dispositifs : ☐ Lunettes ☐ Appareil dentaire ☐ Appareil auditif

4. ALLERGIES (TRÈS IMPORTANT)

- Allergies alimentaires : _____
- Allergies médicamenteuses : _____
- Allergies aux piqûres d'insectes / autres : _____
- L'enfant dispose-t-il d'un kit d'urgence (type EpiPen) ? ☐ Oui ☐ Non

5. VACCINATION (Mise à jour)

- Vaccins à jour (selon le calendrier national) : ☐ Oui ☐ Non
- Date du dernier rappel DT-Polio : ____ / ____ / ____

6. AUTORISATIONS MÉDICALES

- Soins courants : J'autorise l'infirmier(e) ou le responsable scolaire à administrer les soins de première urgence et les médicaments de base (paracétamol, antiseptique). ☐ Oui ☐ Non

- **Hospitalisation :** En cas d'urgence grave, j'autorise l'établissement à faire transporter mon enfant par les services de secours vers le centre hospitalier le plus proche. ☐ Oui
☐ Non
-

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES DES PARENTS

(Difficultés particulières, sommeil, contre-indications sportives, etc.)

Fait à : _____, **le :** ____ / ____ / 20

Signature du responsable légal :

CONFIDENTIEL