



Fiche médicale individuelle

Année scolaire 20..... / 20.....

A COMPLETER LISIBLEMENT PAR LES PARENTS OU PAR UN MEDECIN.

Identité de l'enfant:

Prénom : _____ Nom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Personne à contacter en cas d'urgence Lien de parenté : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Groupe sanguin de l'enfant : _____ **Poids / taille :** _____

Pointure _____

- L'enfant est-il soigné par homéopathie ? oui / non
- L'enfant doit-il prendre des médicaments ? oui / non
- Lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ? _____

- Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand ?) : _____

- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui / non

Date de la première injection : _____

Date du dernier rappel : _____

- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de (cochez les cases) :

diabète insomnie maux de ventre autres ...

asthme maladie contagieuse coups de soleil

- affection cardiaque sinusite constipation
- épilepsie bronchite diarrhée
- affection cutanée saignements de nez vomissements
- somnambulisme maux de tête mal du voyage

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel / comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre : _____

- L'enfant est-il allergique ou sensible ? A certains médicaments ? oui / non

Lesquels ? _____

- L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments? oui / non Lesquels ? _____

Suit-il un régime particulier (végétarien , ...) ?

- Est-il vite fatigué ? oui / non
- Est-il sensible aux refroidissements ? oui / non
- Y a-t-il des activités / sports qu'il ne peut pas pratiquer ? oui / non

Lesquels / pourquoi ? _____

- Sait-il skier ? oui / non
- Sait-il nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout
- Votre fille est-elle réglée ? oui / non - Remarques à ce sujet. _____
- L'enfant souffre-t-il d'un handicap particulier ? oui / non

Si oui, lequel ? _____

- Date du dernier examen médical : _____

De façon générale, autres remarques utiles :

**Les informations fournies dans cette « Fiche santé » sont exactes et complètes.
BICS ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés
dans ce document.**

En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable à prendre toutes mesures médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...)

Date, nom, prénom et signature du parent / tuteur :