



## 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 :**