



Brussels International Catholic School
(Pre-Primary/Primary) Rue Général Leman 86
(Pre-Primary/Primary) Chaussée de Wavre 457
(Secondary) Rue Froissart 57-59
1040 Bruxelles
Belgique
Tel. Leman +32(0)2-230.02.18
Tel. Wavre +32(0)2-640.35.36
Tel. Froissart +32(0)2-343.85.40

www.bicschool.be – info@bicschool.be

Fiche médicale individuelle

Année scolaire 2016 / 2017

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 : _____

Téléphone : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

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 :

- Signature du parent / tuteur :