



Classe : .....

## FICHE DE SANTE 2018-2019

NOM..... PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE : ..... Lieu de naissance : .....

SEXE : M/F Nationalité : .....

ADRESSE :  
.....

Code postal : .....Localité .....

### EN CAS D'URGENCE

#### Personnes à contacter

1) Nom, prénom.....2) Nom, prénom.....  
Privé.....Privé .....  
Bureau .....Bureau .....

### DONNEES MEDICALES

A ce jour : poids ..... Taille : .....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ?

Si oui, laquelle ?

Prend-il un traitement pour cette maladie ? Si oui, lesquels et en quelle quantité ?

.....  
.....

A t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI/NON Année : .....Rappel : .....

Votre enfant peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives et aux jeux adaptés à son âge ? OUI/NON Pourquoi ? .....

.....  
Votre enfant est-il allergique à un médicament ou à un produit pharmaceutique ?

.....  
Votre enfant, a-t-il des allergies alimentaires, des problèmes respiratoires, des problèmes cardiaques etc.. ? OUI/NON si oui, lesquelles.....

Votre enfant, a-t-il subi des opérations ? Si oui, lesquelles et à quelle date ?

.....  
Nom du pédiatre ou de son médecin traitant : .....  
Téléphone : .....

#### **Dans le cadre des mesures d'urgence.**

Dans le cadre de mesures d'urgence en cas de méningite dans l'école, je, soussigné (e) ..... responsable légal de ..... accepte/refuse que le médecin du service de la médecine scolaire prescrive et donne l'antibiotique préventif préconisé par la Communauté Française.

Date et signature :

# INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

L'enfant vit-il avec ses deux parents : oui/non

Si non : mère/père/garde alternée, autres (à préciser) :

.....

Nombres d'enfants dans la famille : .....

Rang dans la famille : .....

Veuillez indiquer tout changement dans la composition de ménage :

séparation/divorce-remariage/mise en ménage- naissance – décès

Ecole fréquentée lors de la dernière visite médicale, adresse et numéro de téléphone:

.....

.....

Classe : .....

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires strictes ou des intolérances alimentaires ?  
oui/non

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

Votre enfant a-t-il des allergies respiratoires, animaux, etc.. ?

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui/non

Votre enfant porte-il un appareil auditif ? oui/non

Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ? oui/non

Votre enfant porte-t-il des semelles orthopédiques ? oui/non

Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ? oui/non

Votre enfant a-t-il des problèmes cardio-vasculaires ? oui/non

Si oui, précisez :

.....

.....

En dehors de ce questionnaire, avez-vous quelque chose de particulier à signaler à propos  
de votre enfant qui nous aiderait à mieux le prendre en charge ?

.....

.....

.....

Date et signatures :