

Classe :

FICHE DE SANTE 2019-2020

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 :

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 :

Signature :