



FICHE MEDICALE DE L'ÉLÈVE 2024/2025

Document à compléter par vous-même ou par le médecin, dans l'intérêt de votre enfant.

Nom et prénoms de l'élève :

Date et lieu de naissance :

Fils/fille de :

Et de :

Groupe sanguin : Rhésus : Poids :

Acuité visuelle : Acuité auditive : Taille :

CALENDRIER DES VACCINATIONS SUIVIES :

Vaccin	Date	Date de rappel	Date de mise à jour
BCG (Tuberculose)			
Fièvre jaune			
DT Polio			
Meningite			
Hépatite B			
Choléra			
Typhoïde			
Tétanos			
Autres vaccinations			



L'élève a-t-il eu les maladies suivantes ? Si oui, merci de précisez l'année.

- Varicelle
- Rubéole
- Oreillons

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Maladie héréditaire (à préciser, s'il y en a une) :

Histoire médicale pertinente de la mère ou du père :

Les allergies à signaler, s'il y en a (citer les fruits, légumes, produits laitiers, boissons ou médicaments) :

.....

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLEMES : visuels : respiratoires : d'audition :

Si oui, lequel :

L'élève porte-t-il des lunettes : oui non

Souffre-t-il d'asthme : oui non

A-t-il fait le dépistage du VIH : oui non

Est-t-il/elle drépanositaire : oui non

L'enfant est-il diabétique : oui non

Quand s'est-il déparasité pour la dernière fois ?

ASSURANCE MALADIE :

Nom de la caisse d'assurance maladie :

Nom et prénom du parent bénéficiaire :

Numéro de sécurité sociale :

Nom et prénoms du médecin traitant ou médecin de famille :

Adresse du médecin :

Téléphone :



PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT :

Nom et prénoms :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse :

Nous vous rappelons qu'en cas d'urgence, l'école s'efforcera de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. A cet effet, nous utiliserons les numéros de téléphone que vous nous avez indiqués.

Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (SAMU, pompiers) vers l'hôpital, à moins que son état permette une certaine attente dans le cas où la famille ou une personne désignée par elle peut le prendre en charge elle-même. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'ANESTHESIE ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

Je soussigné (e), responsable légal de l'enfant, autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, son état le nécessiterait.

Signature :

N.B. : La signature de l'autorisation ci-dessus est facultative. Cependant, elle permet d'éviter d'attendre votre arrivée pour agir ; le temps semble vite long aux enfants.

Je déclare que les informations, ci-dessus fournies, sont exactes.

Bamako, le :

Signature du parent :

OU

Signature du médecin :