



## FICHE MEDICALE DE L'ELEVE

### 2025/2026

*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			

Tél. : +223 76 53 94 94 / 73 60 24 73 / 91 32 02 96/74 87 83 11- Email : [infos@grainedeveil.org](mailto:infos@grainedeveil.org)

Site : [www.grainedeveil.org](http://www.grainedeveil.org)

Adresse : Magnambougou Concession rurale (Vers stade du 26 mars) – Bamako - Mali



L'élève a-t-il eu les maladies suivantes ? Si oui, merci de préciser 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 aiguë 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 :