

FICHE MEDICALE

A RENSEIGNER ET A DÉPOSER AU SECRÉTARIAT
AU MOMENT DE L'INSCRIPTION/RÉINSCRIPTION

PHOTO
D'IDENTITÉ
OBLIGATOIRE

1. ÉLÈVE

Nom & Prénoms :
Date et lieu de naissance :
Domicile :
Classe :

2. PARENTS - PROFESSION - CONTACTS

Père/Tuteur : - - - -
Mère/Tutrice : - - - -
Tuteur/Tutrice : - - - -
Adresse et Tél. Domicile :

(PRIÈRE COCHER LA PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE)

3. MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : Téléphone :
Clinique de référence :
Traitement(s) permanent(s)
1 2 3

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Groupe sanguin Rhésus :
Allergies médicamenteuses :
 Asthme Épilepsie Problèmes cardiaques Insuffisance rénale Drépanocytose
 Autres maladies du sang Diabète Ulcère gastroduodénal
 Autres maladies (si oui précisez laquelle) :
 L'enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale (si oui laquelle) :

5. ACCORD POUR SOINS

Acceptez-vous que les premiers soins sous forme de médicaments par voie orale ou pansement (pas d'injections) soient donnés à votre enfant en cas d'urgence (soins médicaux délivrés par l'infirmier(ère) diplômé(e) d'état en fonction à l'infirmierie du Collège ?

OU
NON

En cas d'urgence nécessitant une hospitalisation, voulez que votre enfant soit évacué :

A la clinique la plus proche Au chu de Treichville

Autre (à Préciser) :

NB. : La prise en charge des soins médicaux dans ces structures est à la charge des parents.

DATE & VISA DU PARENT RESPONSABLE

avec la mention «Lu et Approuvé»