



## FICHE MÉDICALE

Nom et prénom de l'élève \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie de l'enfant \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

### **MALADIES CONTAGIEUSES :**

Rougeole \_\_\_\_\_ Rubéole \_\_\_\_\_ Scarlatine \_\_\_\_\_

Varicelle \_\_\_\_\_ Oreillons \_\_\_\_\_ Mononucléose \_\_\_\_\_ Autres \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales \_\_\_\_\_ Accidents \_\_\_\_\_

Précisez \_\_\_\_\_

Quel est l'état de santé général de l'enfant? \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des problèmes médicaux particuliers? \_\_\_\_\_

Donnez une appréciation du développement psycho-moteur de l'enfant pour son âge \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des rhumes ou maux de gorge fréquents? \_\_\_\_\_

Donnez les informations concernant les habitudes et les maladies antérieures de l'enfant que vous jugez très nécessaires à l'école : \_\_\_\_\_

L'enfant prend-il des médicaments? \_\_\_\_\_ Pourquoi \_\_\_\_\_

Souffre-t-il d'allergies? Précisez \_\_\_\_\_

### **IMMUNISATIONS CONTRE :**

Diphtérie (D) – Coqueluche (Ca) – Tétanos (T)      oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

- Poliomyélite (Salk) – Méningite (Hib) :

Rougeole (R) – Rubéole (R) – Oreillons (O)      oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

- Varicelle (Va) :

Infections à Méningocoque (MENJ) :      oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Hépatite A (HA) – Hépatite B :      oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Tuberculose (BCG) :      oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Infections à pneumocoque (PREVNAR) :      oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Choléra – Typhoïde – Encéphalite japonaise :      oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Autres vaccins :      oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nous autorisons les responsables de L'ÉCOLE MONTESSORI VILLE-MARIE à conduire notre enfant au centre local de services communautaires ou à l'hôpital en cas d'urgence afin d'y recevoir les soins nécessaires.

Signature des parents \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_