

Année scolaire 2025-2026

Infirmier de l'école des Carmes : 98 98 45 82

Fiche médicale confidentielle

Nom de l'enfant :.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Classe :.....

N° de sécurité sociale à laquelle est affilié l'enfant :.....

Nom et prénom de l'assuré :.....

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

☐ Varicelle ☐ Rougeole ☐ Rubéole ☐ Scarlatine

☐ 5^{ème} Maladie ☐ Coqueluche ☐ Autre.....
(ou Mégalérythème)

Est – il sujet ?

☐ Angine ☐ Otite ☐ Saignement de nez ☐ Maux de tête

☐ Autre (à préciser) :.....

Suit – il un traitement particulier ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ?.....

Est –il allergique ? ☐ OUI ☐ NON

☐ A certains médicaments, lesquels ?.....

☐ A certains aliments, lesquels ?.....

☐ Autres (à préciser).....

Suit –il un régime alimentaire ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui lequel et pourquoi ?.....
.....

Est – il asthmatique ? ☐ OUI ☐ NON

Suit –il un traitement pour l’asthme ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, lequel ?.....

Votre enfant a-t-il présenté un problème de santé important ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, lequel ?

Porte t-il ? ☐ des lunettes ☐ Un appareil auditif ☐ Un appareil dentaire

En cas de **FIEVRE et/ou DOULEURS**, Autorisez-vous l’administration de **PARACETAMOL** par l’infirmière ou un membre de l’équipe pédagogique ?

OUI ☐ NON ☐

En cas de traitement médicamenteux à l’école, joindre l’ordonnance correspondante.

Les médicaments doivent être remis exclusivement à l’Infirmière de l’école.

Merci de ne jamais laisser de médicaments dans le cartable de votre enfant.

En cas d’urgence, votre enfant sera transporté par les Pompiers au Centre Hospitalier Princesse Grace.

Date, signature et cachet du médecin

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2