

# Fiche médicale confidentielle

Classe : .....

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Poids de l'enfant : .....

Madame, Monsieur,

Votre enfant est scolarisé à l'école des Carmes.

Pour la mise à jour de son dossier médical et afin d'assurer un meilleur suivi de sa santé, je vous invite à faire remplir cette fiche par le médecin traitant de votre enfant.

Ce questionnaire, strictement confidentiel, doit être remis à l'infirmière de l'école **dès les Premiers jours de la rentrée**.

Nous vous remercions de nous signaler également ses éventuels ennuis de santé durant l'année scolaire.

## MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Varicelle       Rougeole       Rubéole       Scarlatine

5<sup>ème</sup> Maladie (ou Mégalérythème)       Coqueluche       Autre.....

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 ?.....

Est – il asthmatique ?  OUI  NON

Suit –il un traitement pour l’asthme ?  OUI  NON

Si oui, lequel ?.....

A t-il d’autres problèmes de santé ?  OUI  NON

Lesquels ?.....

A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?  OUI  NON

Laquelle ?.....

Date : .....

L’enfant porte t-il ?  des lunettes  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.**

L’infirmière de l’école peut être contactée au 98.98.45.82

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

Date : .....

Signature et cachet du médecin :

Signature des Parents :