

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^{ème} 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 :