**FICHE MEDICALE - Année scolaire 2024-2025**

**Ce document est rapporter le jour de la rentrée**

NOM Prénom de l’élève :

Date de naissance JJ/MM/AAAA :

Sexe :

Classe :

**Cantine** :  oui  non

**PAI** (Plan d’Accueil Individualisé) :

oui (☝️dans ce cas, il conviendra de télécharger les 3 documents prévus à cet effet mis à disposition sur Ecole Directe, de les remplir, signer et à remettre sous enveloppe le jour de la rentrée)

non

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

En cas d’accident, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

**COMPOSITION DE LA FAMILLE :**

Situation des parents :  mariés  veuf(e)  séparés  divorcés  autres

**NOMS Prénoms des parents :**

1/

2/

Téléphone portable des parents :

1/

2/ :

En cas d’urgence, nom et numéro de téléphone d’une personne de confiance et lien :

Adresse :

Adresse du 2nd parent en cas de domicile différent :

Prière de nous signaler tout changement récent survenu dans la famille :

**ANTECEDENTS MEDICAUX DE L’ENFANT**

allergie

Groupe Sanguin

asthme

diabète

autres

**MALADIES :**

(l’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Répondre par oui ou par non)

Typhoïde : oui non Scarlatine : oui non Rougeole : oui non

Diphtérie : oui non Coqueluche : oui non Oreillons : oui non

Otite : oui non Rhumatisme : oui non

Si votre enfant est susceptible de prendre **un traitement d’urgence** (faire remplir par votre médecin traitant et amener à l’établissement **le PAI** (Protocole d’Accueil individualisé) **+ les médicaments non périmés**).

**VACCINS :**

(Vos vaccins sont-ils à jour ? Répondre par oui ou non)

Obligatoires :

Diphtérie : oui non Tétanos : oui non Poliomyélite : oui non

**OU** DT Polio : oui non **OU** Tétracoq : oui non

BCG : oui non

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Recommandés :

Hépatite B :

Rubéole-Oreillons-Rougeole :

Coqueluche :

**AUTORISATION D’INTERVENTION CHIRURGICALE :**

Nous, soussignés, Responsables légaux

autorisons l’anesthésie de notre enfant

au cas où, victime d’un accident ou d’une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale urgente.

**Signature des parents :**