



FICHE MEDICALE - Année scolaire 2026-2027

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 ☐ asthme ☐ autres

Groupe Sanguin..... ☐ diabète

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 : Coqueluche :

Rubéole-Oreillons-Rougeole :

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 :