

**Fiche médicale de ..... né(e) le ..../..../....**

Veillez compléter le formulaire ci-dessous et nous le retourner dans les meilleurs délais. Ces informations resteront confidentielles. Elles seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant. Elles sont réservées à une utilisation interne à l'école et, le cas échéant, transmises aux prestataires de santé consultés.

*\* Entourer la mention utile*

### Contacts d'urgence

Nom du parent 1 : ..... Téléphone : .....

Nom du parent 2 : ..... Téléphone : .....

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

### Informations générales

Groupe sanguin : .....

Rhésus : .....

Poids : .....

### Vaccins

Tétanos : Oui – Non\* Date : .....

Polio : Oui – Non\* Date : .....

Coqueluche : Oui – Non\* Date : .....

### Troubles et affections

Votre enfant est-il sujet à une ou plusieurs affections et/ou troubles suivants ?

Asthme :	Oui – Non*	Affection cardiaque :	Oui – Non*	Autres :
Epilepsie :	Oui – Non*	Affection cutanée :	Oui – Non*	.....
Diabète :	Oui – Non*	Affection respiratoire :	Oui – Non*	.....
Hémophilie :	Oui – Non*	Mal des transports :	Oui – Non*	.....
Incontinence :	Oui – Non*	Somnambulisme :	Oui – Non*	.....
Syncopes :	Oui – Non*	Troubles digestifs :	Oui – Non*	.....

### Forme physique

L'enfant est : droitier - gaucher\*

Doit-il porter des lunettes ? OUI / NON\* - TOUJOURS / Rien qu'en classe\*

Votre enfant est-il physiquement apte à la pratique du sport ? Oui – Non

A-t-il eu récemment une entorse ? Oui – Non\* Si oui, où et quand ?.....

A-t-il déjà eu une fracture ? Oui – Non\* Si oui, de quoi ? .....

A-t-il déjà eu une commotion cérébrale ? Oui – Non\* Si oui, quand ? .....

Remarques au sujet d'une éventuelle participation à des activités physiques :

.....  
.....

**Allergies**

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? Oui – Non\*

Si oui, à quoi est-il allergique.?.....

A-t-il une hypersensibilité médicamenteuse ? Oui – Non\*

Si oui, quels médicaments ne supporte-t-il pas ?.....

Aliments interdits : .....

**Autres renseignements médicaux que vous jugez utiles de nous communiquer**

(exemple: maladies antérieures, opérations)

.....  
.....  
.....

Nous joignons un certificat ou une note complémentaire du médecin : OUI - NON\*

**Administration de comprimés d'iode en cas d'incident nucléaire**

Un Plan Fédéral d'Urgence Nucléaire prévoit, entre autre, la disponibilité de comprimés d'iode (Iodure de potassium 65 mg) dans les écoles en cas d'incident nucléaire.

Toutefois, certaines personnes peuvent présenter une intolérance plus ou moins grave à l'iode.

Mon enfant peut prendre un comprimé d'iode en cas d'incident nucléaire : OUI - NON\*

*Je certifie l'exactitude des renseignements donnés.*

Fait à ..... , le ...../...../.....

Nom et prénom du responsable légal :

Signature