DOSSIER MÉDICAL DE L'ELEVE

(confidentiel)

NOM : …… Prénom : …… Date de naissance : / /

Sexe : garçon □ fille □ Groupe sanguin / Rhésus : ……

● Vaccinations *(indiquer les dates des derniers rappels) :*

Pneumocoque :	……	Haemophilus influenzae b :	……
Diphtérie :	……	Coqueluche :	……
Tétanos :	……	ROR :	……
Poliomyélite :	……	Hépatite B :	……
Méningocoque C :	……		

● Antécédents médicaux *(si oui, merci de préciser exactement et si encore d'actualité)*

bronchiolite	oui □	non □	……
asthme	oui □	non □	……
herpès	oui □	non □	……
dermite atopique	oui □	non □	……
choc anaphylactique	oui □	non □	Causes ?……
hémophilie (ou autre maladie hématologique)	oui □	non □	……
problèmes cardiaques	oui □	non □	……
maladie héréditaire ou congénitale	oui □	non □	Laquelle ?……
antécédents transfusionnels	oui □	non □	Si oui, anticorps irréguliers ? …….
crises convulsives	oui □	non □	……
interventions chirurgicales	oui □	non □	……
hospitalisations	oui □	non □	……
fractures	oui □	non □	……
handicap sensoriel ou autre	oui □	non □	……
dyslexie	oui □	non □	……
problèmes psychologiques ou locomoteurs	oui □	non □	Lesquels ?……

autres maladies importantes à signaler : ……

● Allergies médicamenteuse :……
alimentaire : ……
autre (iode, …) :……

● Suivi, traitement ou régime particulier en cours ?

Si oui, lequel et dans quels buts ? Médecin responsable Risques ou astreintes spécifiques de ce traitement ou régime

……
……
……

● Contre-indication médicale aux activités sportives ?

……
……

J'autorise l'établissement à administrer à l'élève les médicaments et produits listés dans le formulaire « Pharmacie » joint au dossier d'inscription. En cours d'année scolaire, je signalerai à la direction tout événement susceptible de modifier ce dossier.

Date : …… Visa du médecin traitant : signature des parents :