

FICHE MÉDICALE 2024/2025  
À rendre à l'enseignante le jour de la rentrée



Nom et prénom de l'élève \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_



Domicile

Père

Mère

En cas d'urgence

Mr/ Mme \_\_\_\_\_

Indiquez, avec leurs dates, les difficultés de santé, maladies infantiles ou autres, accidents, hospitalisations, opérations : \_\_\_\_\_

L'élève est-il allergique ? Si oui, à quoi ? \_\_\_\_\_

**A-t-il subi les vaccinations obligatoires ?**

\* Anti - diphtérie - tétanos - polio (DT Polio) :

Dernier Rappel : \_\_\_\_\_

et

\* B.C.G. : \_\_\_\_\_

\* Autres : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il déjà été suivi ?**

\* en rééducation (orthophonie, psychomotricité ...) : \_\_\_\_\_

\* en psychothérapie : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un PAP ou PAI ? \_\_\_\_\_

Nom de la Caisse d'Assurance Maladie : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation de la personne responsable :

Date : \_\_\_\_\_ Signature :

Important : chaque rubrique doit être complétée par les parents (y compris les dates des vaccinations)