

FICHE MÉDICALE 2025/2026
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)