



Année scolaire 20__ - 20__

Ecole Saint-Joseph

DOSSIER MÉDICAL

CONFIDENTIEL

Classe :

Régime : Interne Demi-pensionnaire Externe

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nom et prénom du responsable légal : _____

Lien avec élève : _____ Profession : _____

Adresse : _____

☎ domicile : ___/___/___/___/___

☎ lieu de travail : ___/___/___/___/___

☎ portable : ___/___/___/___/___

☎ autre (voisin, famille) : ___/___/___/___/___

Nom du médecin traitant : _____

Lieu d'exercice : _____ ☎ : ___/___/___/___/___

Numéro de Sécurité Sociale du responsable légal de l'élève : _____

Nom de l'assurance scolaire : _____

Nom de la mutuelle : _____

EDUCATION PHYSIQUE :

Si dispense de sport temporaire ou à l'année, partielle ou complète, joindre obligatoirement un certificat médical.

Signature du responsable

A _____, le _____

FICHE DE SANTÉ

À remplir par les parents ou le médecin

GROUPE SANGUIN:

Maladie de l'enfance :

Coqueluche Oreillons Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle

Autres maladies (dates) : _____

Accidents (dates) : _____

L'élève a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Lesquelles ? dates) :

Le candidat est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ?

Rhumatisme articulaire Hépatite virale Perte de connaissance Albuminurie
 Diabète Asthme Eczéma Epilepsie Cardiopathie
 Autres : _____

Traitement en cours : _____

Réactions allergiques médicamenteuses ou alimentaires (donner des renseignements précis) :

Observations particulières (Régime alimentaire, surveillance au repas etc....) : _____

RAPPEL IMPORTANT :
En cas de traitement médical à suivre à l'établissement,
les médicaments seront remis à la vie scolaire avec un duplicata de l'ordonnance.

Signature du responsable

A _____, le _____