

Fiche Médicale

Nom et Prénom de l'élève :

Date de Naissance :

Données Familiales

Nom et Prénom du Tuteur Légal :

Adresse :

Tél Portable : Tél Domicile : E-mail.....

En cas d'urgence quelle personne prévenir en l'absence des parents ?

Nom et Prénom : Lien de Parenté :

Tél Portable : Tél Domicile :

Informations Médicales

Nom du Médecin traitant :

Adresse :

Tél :

Groupe Sanguin de l'élève:

Votre enfant porte-t-il des lunettes : Oui Non

L'enfant est-il allergique (Médicaments, aliments) ?.....

L'Enfant a-t-il une maladie chronique ?

| | OUI | NON | Si oui quel est son traitement habituel ? |
|--------------------------------|-----|-----|---|
| Asthme | | | |
| Maladie Cardiaque | | | |
| Epilepsie | | | |
| Incontinence | | | |
| Diabète | | | |
| Epistaxis (Saignements de Nez) | | | |

Autre :

- Si oui produire un Certificat d'Aptitude à suivre les cours en collectif
- SI VOTRE ENFANT SUIT UN TRAITEMENT MEDICAL, VEUILLEZ JOINDRE UN CERTIFICAT AVEC PRESCRIPTIONS

Fait à Salé le :/...../.....

Signature