



Année 2023/2024

FICHE MEDICALE

NOM et Prénom de l'élève : Classe :

Né(e) le/...../..... à Nationalité :

Nom du représentant légal :

Profession du père : de la mère :

EN CAS D'URGENCE : Téléphone domicile :

Téléphone portable père : bureau :

Téléphone portable mère : bureau :

Téléphone d'autres personnes pouvant prendre en charge l'enfant en cas d'URGENCE :

NOM : Téléphone :

NOM : Téléphone :

**EN CAS D'URGENCE L'ENFANT SERA TRANSPORTE PAR LES POMPIERS A L'HOPITAL DE GARDE.
DANS LA MESURE DU POSSIBLE, LA FAMILLE SERA PREVENUE AUPARAVANT.**

Vaccinations :

Dernier rappel DTCP (date) :

B.C.G. oui non Dernier test tuberculitique (date) positif négatif

Autres vaccinations : ROR Hépatite B Méningite C Autres lesquelles ?

Interventions chirurgicales : oui non

Si oui, lesquelles ?

Maladies survenues dans l'enfance :

Rougeole Scarlatine Rubéole Varicelle Oreillons Coqueluche Asthme du nourrisson

Problèmes de santé encore d'actualité :

Diabète Epilepsie Eczéma Anxiété, stress Spasmophilie **Asthme**

Allergie : oui non (**sous PAI ?** oui non)

Si oui, Alimentaire laquelle ?

Médicamenteuse laquelle ?

Saisonniers laquelle ?

Autre laquelle ?

⚠ Les élèves présentant une allergie alimentaire ne peuvent accéder à la salle de restauration qu'après signature d'un PAI.

Votre enfant bénéficie t'il d'un PAP (ou d'un PAI pour une autre raison que celles mentionnées ci-dessus)? oui non

Si oui, pourquoi ?

Autres problèmes de santé ou observations, à souligner :

Je soussigné(e) autorise le Chef d'Établissement ou la personne responsable de l'infirmerie à effectuer le transfert à l'hôpital et à prendre toute mesure d'urgence pour l'élève

A Marseille, le...../2023

Nom et signature du représentant légal :