

## Fiche médicale 2025/2026

### RENSEIGNEMENTS ELEVE

NOM : .....  
 PRÉNOM : .....  
 Date de naissance : ..... Code Postal : .....  
 Lieu de naissance : .....  
 Numéro de Sécurité Sociale : .....

### EN CAS D'URGENCE PRÉVENIR

☐ Monsieur NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 TEL. PORTABLE : ..... TEL. DOMICILE : .....  
 TEL. PROFESSIONNEL : .....  
☐ Madame NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 TEL. PORTABLE : ..... TEL. DOMICILE : .....  
 TEL. PROFESSIONNEL : .....  
 Médecin NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 TEL. PROFESSIONNEL : .....

### VACCINATION

DT POLIO, date :	Rappel :
BCG, date :	Rappel :
Dernier test : Tuberculinique ( + ou - )	Rappel :

### ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Maladie	Intervention	Traitement en cours	Allergies

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date et signature du père :

Date et signature de la mère :