

Fiche médicale 2026/2027

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 :