

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
A REMPLIR PAR LES PARENTS OU LES PERSONNES AYANT L'AUTORITE PARENTALE ET A
TRANSMETTRE AU MEDECIN AGREE LORS DE LA VISITE MEDICALE.

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance : Classe :

Adresse :

.....

Etablissement fréquenté l'année dernière :

Classe :

Téléphone(s) fixe : Portable père : Portable mère :

Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille ? non oui

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? non oui

A-t-il subi une intervention chirurgicale ? non oui

A-t-il des problèmes de vue, une correction visuelle ? non oui

A-t-il eu des soucis auditifs, des drains ? non oui

Porte-t-il une prothèse ? non oui

A-t-il déjà perdu connaissance ? non oui

A-t-il déjà fait des convulsions ? non oui

A-t-il présenté de l'asthme ? non oui

A-t-il souffert d'allergie ? non oui

Est-il atteint d'une maladie chronique ? non oui

(Diabète, épilepsie, rhumatisme, problème cardiaque... autre) :

Précisez :

Est-il suivi dans une consultation spécialisée ? non oui

Précisez :

Prend-il un traitement régulièrement ? non oui

Précisez :

Observations concernant votre enfant :

.....

.....

Nom et coordonnées du médecin traitant pouvant être contacté par le médecin agréé :

.....

Attention : la consommation de toxiques tels que l'alcool, le cannabis ou d'autres drogues illicites peut altérer la vigilance, les réflexes, les capacités de raisonnement. Elle peut entraîner une inaptitude à la formation professionnelle.

Date : ... / ... / 20..

Signature des parents

Signature de l'élève