



# FICHE MÉDICALE 2026/2027

## GARDERIE

Réservé à l'école, ne pas remplir

| CLASSE | NOM DE FAMILLE | MATRICULE |
|--------|----------------|-----------|
|        |                |           |



### ÉLÈVE

Nom : ..... Prénom (s) .....

Sexe : ..... Tél. domicile : .....

Date de naissance : ..... Groupe sanguin : .....

### Votre enfant est-il :

☐ Asthmatique ☐ Diabétique ☐ Drépanocytaire

☐ Autres Précisez : .....

### Votre enfant est-il allergique à :

☐ des médicaments (précisez).....  
.....

☐ des aliments, (précisez) .....  
.....

☐ autres (précisez) .....  
.....

**PÈRE** Nom : ..... Prénom : .....

Tél. Mobile ..... Bureau ..... Domicile .....

**MÈRE** Nom : ..... Prénom : .....

Tél. Mobile ..... Bureau ..... Domicile .....

**TUTEUR** Nom : ..... Prénom : .....

Tél. Mobile ..... Bureau ..... Domicile .....

*Nom du médecin traitant de l'élève : .....*

*Nom et adresse du cabinet : .....*

Téléphone (s) : .....

*En cas d'incident, si nous n'arrivons pas à vous joindre, dans quel établissement de santé souhaitez-vous que votre enfant soit conduit ?*

.....

**Merci de joindre à cette fiche les photocopies du carnet de vaccinations**

Abidjan, le .....

Signature des parents