

# FICHE MÉDICALE 2024/2025

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 a-t-il un suivi :

- Orthophonique                       Autre  
 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, votre enfant sera conduit à la clinique PROCREA M'BADON située à 3.4 km de l'école (environ 6 mins) .*

[www.clinique-procrea.com](http://www.clinique-procrea.com)

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

Abidjan, le .....

Signature des parents