

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

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

Abidjan, le

Signature des parents