

FICHE MÉDICALE 2026/2027

Réservé à l'école, ne pas remplir

CLASSE	NOM DE FAMILLE	MATRICULE

Photo de
l'élève

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