



FICHE MÉDICALE 2024/2025

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