

# FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Informations médicales confidentielles - Etablissement (dénomination, adresse, tel)

## Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone prtss privé : ..... GSM : ..... Travail : .....

Téléphone autre(s) : .....

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tel médecin : ..... / ..... GSM médecin : ..... / .....

L'enfant est-il atteint de (\*) :

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

affection cardiaque  
affection cutanée  
allergie

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

allergie aux médicaments  
asthme  
diabète  
énurésie

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

épilepsie  
handicap moteur  
somnambulisme

(\* Cochez les cases, s'il est atteint.

Allergies, lesquelles : .....

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies : .....

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? 

OUI	NON
-----	-----

 (Biffer la mention inutile)

## Autres observations

Médicaments à prendre (lesquels, posologies, ...) : .....

Régime alimentaire

médical

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Copie du certificat médical ou du diététicien)

religieux

## Autorisations - En cas d'impossibilité de me (nous) joindre :

Parents ! Ce questionnaire doit être complété avec précision par vous-même ou par un médecin. Il est nécessaire de nous donner ces renseignements, si vous voulez que votre enfant retire le maximum de profit de son séjour à l'internat. Ils nous permettront d'organiser son régime de vie en fonction de ses besoins et de ses possibilités.

### J'AUTORISE - JE N'AUTORISE PAS (Biffer la mention inutile)

le médecin, en visite à l'internat, à prendre vis-à-vis de ma fille / mon fils .....  
les mesures d'urgence qui s'imposeraient. ( cas d'impossibilité de contact téléphonique)

### J'AUTORISE - JE N'AUTORISE PAS (Biffer la mention inutile)

l'Administrateur(trice) ou son délégué à prendre les mesures d'urgence, utiles et nécessaires pour le bien-être de ma fille / mon fils ( cas d'impossibilité de contact téléphonique)

### J'AUTORISE - JE N'AUTORISE PAS (Biffer la mention inutile)

le médecin du Centre PMS ou du PSE à administrer à ma fille / mon fils .....  
tout traitement utile en cas de méningite à méningocoque.

Je soussigné(e) (Nom, prénom)..... responsable de

..... dégage l'établissement de toute responsabilité en cas de médication ordonnancée par un médecin.

Je m'engage à signaler tout changement de données dans les plus brefs délais .

Joindre au dossier : des vignettes de mutuelle, une copie de la carte SIS ou une carte européenne

Date : ..... / ..... / .....

Lu et approuvé,

Signature :