



# École privée Saint-François d'Assise

École sous contrat d'association  
appartenant à l'enseignement catholique diocésain

## FICHE MÉDICALE

### Attention

La fiche médicale doit être remplie scrupuleusement ; si une information n'y figurait pas et que cela porte préjudice à l'enfant, la responsabilité de la famille serait engagée. Le(s) parent(s) s'engage(nt) à signaler tout changement intervenant en cours d'année scolaire.

**Cette fiche est confidentielle et à destination du secrétariat médical et, le cas échéant, des urgences.**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

CLASSE : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Ville ..... ☎ domicile .....

### EN CAS D'URGENCE, PERSONNES A JOINDRE IMMEDIATEMENT

PERE : adresse professionnelle : ..... ☎ : .....  
..... Portable : .....

MERE : adresse professionnelle : ..... ☎ : .....  
..... Portable : .....

AUTRE (préciser nom, lien de parenté, ... ) : ..... ☎ : .....  
.....

Nom du médecin traitant : ..... ☎ : .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Si vous souhaitez un centre d'urgence particulier, merci de l'indiquer ici : .....

La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Je(nous), soussigné(e)s ....., père, mère ou tuteur de l'élève  
..... déclare(ont) donner mon(notre) accord à toute mesure de transport,  
d'hospitalisation, durant le séjour de mon enfant à l'école Saint-François d'Assise.

☞ VOIR AU DOS INDICATIONS MEDICALES, ALLERGIES, VACCINATIONS

**REMARQUES QUI POURRAIENT ETRE UTILES AU MEDECIN DES URGENCES :**

.....  
.....

Groupe sanguin (si connu)..... Allergie à l'aspirine :  OUI  NON

**Autres allergies :**

**MEDICAMENTEUSES :** .....

**ALIMENTAIRES :** .....

**AUTRES :** .....

**Autre problèmes de santé :** .....

**Traitements en cours :** .....

**VACCINATIONS :** (photocopies du carnet de santé acceptées)

	<b>D.T. POLIO</b>	<b>B.C.G.</b>	<b>Autres Vaccins</b>
<b>VACCIN (date)</b>			
<b>RAPPELS (dates)</b>			
<b>REMARQUES</b>			

**OBSERVATIONS PARTICULIERES :**

(situations de familles, parent décédé, divorce, séparation, handicap, ..)

.....  
.....

Viroflay, le

**Signature(s) du(des) parent(s)**