REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail
Ministère de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation
Programme Français
www.lacomptinedestoutpetits.com / lacomptinedestoutpetits@gmail.com
(+225) 2722246587 / 0767601257

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE 2023-2024

Nous vous prions de bien vouloir renseigner cette fiche et la transmettre à l'inscription de l'enfant. Nous tenons par ailleurs à vous rassurer que les informations données sont confidentielles.

❖ **IDENTITE DE L'ENF AN T**

NOM :……
PRENOMS :……
NE(E) LE :…… /……/ …… A :……
NATIONALITE :……
SEXE : GARCON ☐ FILLE ☐ GROUPE SANGUIN……

✓ ANTECEDENTS MEDICAUX

Y-a-t-il des problèmes dans la famille (parent, frères et sœurs)

Diabète ☐ Problèmes Pulmonaire ☐

Hypertension ☐ Problème Cardiaque ☐

Drépanocytose ☐

Autres, précisé :……

✓ **Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales** ?
OUI ☐ NON ☐

Lesquelles et en quelle année ?
……

✓ Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
☐ Varicelle	……	☐ Hépatite	……	☐ Perte de connaissance	……
Rougeole	……	☐ Diabète	……	☐ Convulsions	……
Rubéole	……	☐ Asthme	……	☐ Epilepsie	……
Méningite	……	Crise de tétanie	……	Saignement de nez	……
Coqueluche	……	Poliomyélite	……	Verrues plantaire	……
Oreillons	……	Drépanocytose	……	Paludisme	……

❖ ALLERGIES

Votre enfant est-il allergique ? :

- A des médicaments, lesquels ?
  ……..
- A des aliments, lesquels ?
  ……..
- Autres (insectes, poussière, gazon, gaz d'échappement……

Précisez / comment se manifeste cette allergie ?

(Bouton, toux, enflure, plaque, urticaire ….)
……

❖ TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L'ENF AN T

Votre enfant a-t-il des crises fréquentes de paludisme ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant suit-il régulièrement un traitement ? OUI ☐ NON ☐

Précisez lequel ? ……

S'agit – il d'un traitement de médecine traditionnelle ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant bénéficie – t-il actuellement d'un suivi :

Psychologique ☐ Orthophonique (ex : bégaiement) ☐

Orthopédique ☐ Ophtalmologique ☐

Si oui préciser :
……

VACCINATIONS : Joindre à cette fiche une photocopie du carnet de vaccination ou le certificat de vaccination (Obligatoire)

Vaccins	Date du dernier vaccin	Date du prochain rappel
BCG		
DT COQ POLIO		
FIEVRE JAUNE		
FIERVRE TYPHOIDE		
GRIPPE		
MENINGITE		
ROUGEOLE		
TETANOS		

- **PROBLEMES OU EVENEMENTS PARTICULIERS (Précisez)**

……
……
……
……
……
……
……

- **ENFANT A BESOINS EDUCATIFS PARTICULIERS**

Elèves reconnus handicapés ayant des troubles spécifiques du langage (dyslexie, ….)

Je soussigné(e)……

Responsable légal de l'enfant

Nom et prénoms :
……

Demande un suivi particulier pour mon enfant.

AUTRES REMARQUES

N'hésitez pas à faire de vos inquiétudes, de vos souhaits, de vos remarques concernant l'enfant :

……
……
……
……
……...

- **AUTORISATION DE SOINS DONNEES A L'INFIRMERIE**

L'infirmière scolaire prend en charge tout enfant légèrement blessé, indisposé ou malade. A ce titre, elle peut être amenée à donne un médicament ou à faire un soin. Elle est à la disposition des familles pour tout renseignement ou conseil.

Je soussigné(e) (nom, prénom)……

Autorise ☐ **N'autorise pas** ☐

L'infirmière scolaire à donner des médicaments ou à prodiguer des soins à mon (mes) enfant(s).

En cas de refus, l'infirmière avisera le parent de l'état de santé de son enfant afin qu'il vienne le récupérer à l'école ou en cas d'urgence il sera fait appel(en concertation avec les parents) au médecin traitant de l'élève.

- **Personne à joindre en cas d'urgence**

NOM et PRENOMS ……
TITRE :……CONTACTS :……...

- MEDECIN TRAITANT

NOM et PRENOMS :……
CONTACTS :……

Signature du père **Signature de la Mère** **Signature du Tuteur**