

## Athénée Royal Robert Campin Section primaire

Tél. 069 22 57 64

## Fiche médicale individuelle

<u>Données de l'enfant</u>	
Nom:	Prénom:
Classe:	
Date et lieu de naissance:	
Groupe Sanguin:	
Adresse:	
Numéro de registre national:	
Personnes de contact (dans l'ordre de priorité)	
Titre: Père – Mère	Titre: Père – Mère
Autre (précisez):	Autre (précisez):
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Téléphone:	Téléphone:
Titre: Père – Mère	Titre: Père – Mère
Autre (précisez):	Autre (précisez):
IVUIII	NUIII
Prénom:	Prénom:
Téléphone:	Téléphone:

<u>Données médicales</u>	
Nom et prénom du médecin traitant :	
Maladies antérieures :	
Opérations subies :	
Actuellement il souffre ou pourrait souffrir de (entourer la maladie) :	
Affection cardiaque - affection cutanée - asthme - diabète - épilepsie - incontinence - rhumatisme -	
somnambulisme - autres (précisez) :	
Vaccination Tétanos => date de la dernière vaccination :	
(Veuillez fournir une copie du carnet de vaccination)	
Médicaments à prendre journalièrement :	
(Veuillez fournir un certificat médical avec la posologie et un document signé des parents autorisant l'enseignant(e) à donner ceux-ci.)	
Troubles quelconques : Dyslexie - dysorthographie - dysphasie - dyspraxie - dysgraphie - dyscalculie -	
hyperactivité	
Nom et prénom du responsable de l'enfant qui a complété le document :	
Date: Signature:	