



FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Année Scolaire 20____/ 20____

La direction du Nordstad-Lycée vous prie de l'informer de toute maladie grave ou autre problème de santé dont votre enfant est atteint. Ceci est demandé dans l'intérêt de l'élève afin qu'une aide rapide et appropriée puisse lui être apportée en cas de besoin.

Nous vous prions de bien vouloir remplir la fiche médicale ci-dessous et de nous la retourner dans les meilleurs délais. Les données seront traitées de façon confidentielle et seront utilisées uniquement en cas d'urgence.

ELEVE

No matricule (sécurité sociale): _____

Nom complet de l'élève :

Adresse :

Classe :

INFORMATIONS

➤ **Médecin traitant (Nom et N°tél.) :**

.....

➤ **L'enfant souffre des maladie(s) chroniques suivantes (& précisions si nécessaire) :**

Diabète

Epilepsie

Asthme

Affection cardiaque

Autres problèmes neurologiques

Handicap physique ou mental

Autre maladie :

Informations supplémentaires :

➤ **Allergies graves (y compris allergies aux médicaments) :**

.....
.....

Risque choc anaphylactique : Oui

Non

➤ **Autre problème de santé nécessitant une surveillance ou une prise en charge particulière :**

.....

Voir verso !

➤ **Médicaments à prendre régulièrement :**

.....

➤ **Médicaments à prendre ou gestes à effectuer lors d'un incident :**

.....

➤ **La participation à certaines activités sportives lui est formellement interdite par son médecin traitant: (joindre un certificat médical)**

.....

➤ **Autres informations importantes concernant l'élève :**

.....

.....

➤ **IMPORTANT : Personne(s) responsable(s) à avertir en cas d'incident :**

Nom(s) & prénom(s) :

No de téléphone (privé, travail, GSM) :

Lien de parenté ou relation avec l'élève :

Remarque :

Date

Signature

LA FICHE MEDICALE EST A REMPLIR ET A REMETTRE AU NORDSTAD-LYCEE DANS LES PLUS BREFS DELAIS. En cas de maladie déclarée, l'original sera transmis à la médecine scolaire et une copie sera conservée au lycée.