



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

NOM de l'élève Prénom : Classe :

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

- **Vision :** votre enfant porte des lunettes oui non
votre enfant a besoin de lunettes : oui non
votre enfant a déjà vu un spécialiste de la vue : oui non

- **Audition :** votre enfant entend : bien mal
votre enfant a déjà consulté un spécialiste de l'audition oui non

- **Allergies :** votre enfant est allergique : oui non
Si oui, à quoi ?:
à des médicaments ? Lesquels
à des produits alimentaires ? Lesquels
à d'autres produits ? Lesquels

- **Votre enfant suit un traitement** oui non

Si oui lequel ?

- **Quelles maladies votre enfant a-t-il déjà eues ?**.....

- **Votre enfant a subi des interventions chirurgicales** oui non

Si oui laquelle / lesquelles ?

- **Votre enfant est diabétique** oui non

- **Votre enfant est épileptique** oui non

- **Votre enfant est asthmatique** oui non

- **Votre enfant est drépanocytaire** oui non

- **Votre enfant est hémophile** oui non

- **Votre enfant souffre d'un problème cardiaque** oui non

- **Votre enfant est atteint d'un trouble psychiatrique** oui non

- **Votre enfant suit un régime alimentaire** oui non

Si oui lequel ?

Les informations ci-dessus ont certifiées exactes

A Mana le :

Signature des parents ou représentants légaux :