

FICHE MÉDICALE DES ÉTUDIANTS

(A ne remplir qu'en cas de troubles de la santé et à remettre sous pli cacheté à l'attention du médecin ou de l'infirmière scolaire)

ANNÉE SCOLAIRE 2017 - 2018

CLASSE :

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Portable :

Ligne fixe :

Email :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ÉTUDIANT

Maladie :

Traitement :

Handicap :

Dossier MDPH oui O non O

Allergie :

Contre-indication médicamenteuse, alimentaire... :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone:

SIGNATURES:

RESPONSABLE LEGAL (si étudiant mineur)

ÉTUDIANT