

# 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