

FICHE MÉDICALE DES ÉTUDIANTS
ANNÉE SCOLAIRE 2022/2023

(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)

CLASSE : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

Adresse : _____

Portable : _____

Ligne fixe : _____ Courriel : _____

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