

**FICHE MEDICALE**  
Année scolaire 2017-2018

**ELEVE**

Classe : 6<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>

Nom : Prénoms :

Né (e) le : ..... /..... /..... à :

Téléphone domicile :

**PERSONNE(S) À PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Père  Autre  préciser .....

Nom : Prénom :

Téléphone professionnel :

Portable :

Mère  Autre  préciser .....

Nom : Prénom :

Téléphone professionnel :

Portable :

**DONNEES MEDICALES**

❖ Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

❖ Antécédents médicaux (Asthme, épilepsie, diabète...)

---

---

---

❖ Allergies :

---

---

❖ Antécédents médicaux notoires :

---

---

❖ Traitements médicaux devant être pris régulièrement :

---

---

**AUTORISATION PARENTALE**

**En cas d'accident ou de maladie grave survenant à mon enfant, j'autorise le collège à prendre les mesures appropriées, y compris son transfert sur un établissement hospitalier.**

Signature du père

Signature de la mère