

## FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

**NOTE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS** : Nous vous serions obligés de remplir ce questionnaire aussi précisément que possible, il servira à préparer un examen médical approfondi pour l'élève ou à assurer le suivi entre les examens médicaux.

### Identité de l'enfant

Nom : .....

Prénom : ..... Classe : .....

Sexe : Masculin  Féminin

Date de naissance.....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal :

.....  
.....

Tél. : .....

Nom et adresse de l'établissement précédent : .....

.....  
.....

### Composition de la famille

Situation de famille : couple parental  monoparental  autre

Nom                      Prénom                      Emploi actuel                      Tél

Père :  
.....  
.....

Mère :  
.....  
.....

Autres enfants composant la famille (noms, prénoms, dates de naissance)  
.....  
.....

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

Difficultés de santé avec leurs **dates** (cocher la case si besoin)

- Epilepsie.....
- Perte de connaissance.....
- Asthme.....
- Allergies.....
- Hospitalisations.....
- Interventions chirurgicales.....
- Accidents.....
- Autres maladies.....
- Prise régulière de médicaments.....

Nom du médecin traitant.....

Votre enfant est-il suivi dans une consultation spécialisée (ORL, Allergologique, Orthophonie...) ?.....  
.....

Si oui, coordonnées du spécialiste .....  
.....

Autres observations que vous souhaitez nous communiquer concernant la santé de votre enfant ou son adaptation au lycée .....  
.....  
.....

Date : ..... Signature du (des) responsable(s) légal (aux) :