



Ecole La Pépinière des II Plateaux
Service de Santé Scolaire
08 BP 1387 ABIDJAN 08
Tel : 27.22 46.47.34 / 07 77 88 28 76
Mail : lapepiniereedesdeuxplateaux@gmail.com

Coller
Une photo
Récente



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE 2022 / 2023

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom Prénoms.....

Né(e) le..... Classe.....

Adresse.....

Sexe : M ou F Nombre de frères et sœurs dans l'école

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom prénom	Lien avec l'élève	Téléphones

Nom et téléphone du Médecin traitant.....

ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ELEVE (mettre une croix si la réponse est oui)

<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	Hypertension
<input type="checkbox"/>	Epilepsie
<input type="checkbox"/>	Drépanocytose
<input type="checkbox"/>	Asthme
<input type="checkbox"/>	Convulsions

<input type="checkbox"/>	Bégaiements
<input type="checkbox"/>	Dyslexie
<input type="checkbox"/>	Suivi orthophonique
<input type="checkbox"/>	Défaut de vision
<input type="checkbox"/>	Porte des lunettes
<input type="checkbox"/>	Défaut d'audition

<input type="checkbox"/>	Suivi orthopédique
<input type="checkbox"/>	Handicap
<input type="checkbox"/>	Difficultés psychologique
<input type="checkbox"/>	Suivi psychologique
<input type="checkbox"/>	Allergie

AUTRES INFORMATIONS NECESSAIRES

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Je, soussigné(e)..... autorise , n'autorise pas (barrer la mention inutile)
les responsables de l'Ecole de La Pépinière des II Plateaux à prendre toutes les mesures jugées nécessaires
entre autre à transporter l'élève dans une structure hospitalière la plus proche.

Date :

Signature :