



# Ecole Saint-Joseph

Ruelle de la Queutrale - 5190 JEMEPPE S/S

Tel : 071.78.75.70 - 0475/53.44.82

[ecolesaintjosephjemeppe@gmail.com](mailto:ecolesaintjosephjemeppe@gmail.com)

## Fiche médicale (confidentielle)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

### Renseignements utiles :

1) Votre enfant est -il ? asthmatique - diabétique - épileptique\*

2) Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? oui - non\*

Si oui, laquelle.....

3) Votre enfant suit-il un traitement ? oui - non\*

Si oui, lequel.....

4) Votre enfant a-t-il le mal du voyage ? oui - non\*

5) Votre enfant doit être en ordre de vaccination pour le tétanos :

Date du dernier rappel : .....

6) Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer :

.....  
.....

7) Nous vous rappelons que nous ne pouvons pas donner de traitements médicamenteux à votre enfant. Seuls les parents, ou le médecin traitant sont habilités à le faire.

8) En cas d'urgence, je/nous

soussigné(e)(s)..... (père - mère - tuteur - personne ayant la garde de l'enfant\*) autorise/ons la personne responsable de l'établissement à transporter mon/notre enfant ou le faire transporter par le service des urgences du SAMU, à l'hôpital le plus proche du lieu de l'accident : OUI NON \*

9) J'ai/Nous avons noté que la personne responsable de mon/notre enfant ou la Direction de l'école me/nous préviendra immédiatement aux numéros de téléphone repris sur la fiche de renseignements de mon/notre enfant : OUI NON\*

10) J'/Nous autorise/ons le médecin désigné par l'hôpital à effectuer toute intervention jugée INDISPENSABLE et pour laquelle mon/notre consentement n'aurait pas pu encore être obtenu : OUI NON\*

11) Si un cas de méningite se déclare en milieu scolaire, j'/nous autorise/ons le médecin scolaire à donner la dose unique de traitement antibiotique afin d'éviter l'apparition d'autres cas : OUI NON\*

Fait à ..... le .....

Signature(s) :

\* biffer la mention inutile