



# FICHE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX – 2024

Etablissement scolaire: **COLLEGE FRANCO ARGENTIN**

Fait le : ..... À : .....

Nom et prénoms de l'élève : .....

Adresse : ..... N° de téléphone : .....

N° de téléphone alternatif : ..... Classe : ..... Age : .....

**A. L'élève souffre actuellement :**

Processus inflammatoires ou infectieux	OUI	NON
--	-----	-----

**B. L'élève souffre d'une des maladies suivantes:**

Métaboliques : diabète	OUI	NON
------------------------	-----	-----

Cardiopathies congénitales	OUI	NON
----------------------------	-----	-----

Cardiopathies infectieuses	OUI	NON
----------------------------	-----	-----

Hernies inguinales, crurales	OUI	NON
------------------------------	-----	-----

Allergies	OUI	NON
-----------	-----	-----

**C. L'enfant a récemment été atteint de l'une des maladies suivantes:**

Hépatite (60 jours)	OUI	NON
---------------------	-----	-----

Rougeole (30 jours)	OUI	NON
---------------------	-----	-----

Oreillons (30 jours)	OUI	NON
----------------------	-----	-----

Mononucléose infectieuse (30 jours)	OUI	NON
-------------------------------------	-----	-----

Entorses ou luxations de cheville, épaule ou poignet (60 jours)	OUI	NON
---	-----	-----

**D. Toute autre situation particulière établie par le médecin:**

.....  
.....

**E. Prend-il des médicaments régulièrement ?**

Si oui, indiquez lesquels.....  
.....

F. L'enfant est-il apte à suivre des cours d'EPS?	OUI	NON
---	-----	-----

NOTE: vous devrez joindre le certificat médical correspondant, tout en indiquant si l'élève est apte à réaliser des activités physiques.

G. Ses vaccins sont-ils en cours de validité ? (joindre les photocopies)	OUI	NON
--	-----	-----

H. L'élève a-t-il le livret de santé mis à jour? (joindre les photocopies)	OUI	NON
--	-----	-----

I. L'élève a-t-il une assurance médicale ?	OUI	NON
--	-----	-----

¿Laquelle?.....N° d'assuré.....

N° de téléphone de l'assurance: .....

Fait à .....le.....

Signature du médecin

Signature du père, mère ou tuteur

Tampon

Nom/Prénom