

FICHE CONFIDENTIELLE

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT ET REMETTRE SOUS ENVELOPPE CACHETÉE.

NOM ET PRÉNOM _____ NOM DU PÈRE _____

DATE DE NAISSANCE _____

ADRESSE : RUE _____ IMM. _____

TÉLÉPHONE (S) _____

I - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Otite (s) |
| <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Poliomyélite |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie | <input type="checkbox"/> RAA |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Thalassémie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Typhoïde |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| | <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| | _____ |

II - ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amygdalectomie | <input type="checkbox"/> Fractures |
| <input type="checkbox"/> Appendicectomie | <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| | _____ |

III - VACCINS

■ Date du dernier rappel

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. D.P.T ou D.T. _____ | 7. Hépatite B _____ |
| 2. Polio _____ | 8. Hépatite A _____ |
| 3. Rougeole _____ | 9. Typhoïde _____ |
| 4. MMR = ROR _____ | 10. Varicelle _____ |
| 5. B.C.G. _____ | 11. Grippe _____ |
| 6. Méningite (HIB) _____ | 12. PPD = IDR _____ |

N.B. Si possible ajouter 1 copie photo du carnet de vaccination.

IV – GROUPE SANGUIN _____

V – ALLERGIE (PRÉCISER)

VI – TROUBLES DE LA VISION ET DE L'AUDITION

VII – AUTRES RENSEIGNEMENTS

VIII – EN CAS D'URGENCE ET D'ABSENCE DES PARENTS, QUI CONTACTER ?

Nom _____

Téléphone _____

Lien de parenté _____