



Photo d'identité

**FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE**

Année scolaire 2024 / 2025

Afin de mener au mieux la scolarité de votre enfant, vous êtes priés de remplir cette fiche **recto verso** avec précision et de la retourner sous enveloppe fermée adressée à la direction (le secret médical est garanti).

**L'élève**

**NOM :** ..... **Prénoms :** ..... **Classe :** .....

**Date de naissance :** ..... **Groupe sanguin :** .....

➤ **Antécédents médicaux : Votre enfant a-t-il (ou eu) les maladies suivantes ?**

Votre enfant a-t-il (ou eu) les maladies suivantes ?		
Maladies	Année	Actuellement (si traitement l'indiquer)
Asthme		
Convulsions		
Epilepsie		
Saignement de nez		
Autres (précisez)		

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?			
	oui	non	Actuellement (si traitement l'indiquer)
Bégaiement			
Suivi orthophonique			
Suivi orthopédique			
Difficultés psychologiques			
Suivi psychologique			
Suivi psychomoteur			
Déficience auditive			
Défaut de vision			
Suivi orthoptique			
Port de lunettes			

Votre enfant est-il allergique à :			
	oui	non	Lesquels
Certains médicaments			
Certains aliments			
Autre : pollen, insectes...			

Votre enfant suit-il un traitement régulièrement ?	oui	non	Lequel ?
Pour quelle maladie ?			
Depuis quand ?			
La date prévue pour l'arrêt du traitement ?			

Problèmes ou évènements particuliers :
Votre enfant a-t-il été <b>confronté récemment</b> à un évènement ou à un problème particulier (naissance, décès d'un proche, divorce, rapatriement, problème de santé).

➤ **Remarques**

Veuillez joindre tous les bilans de spécialistes utiles à l'encadrement scolaire de votre enfant.  
N'hésitez pas à faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits, de vos remarques concernant votre enfant.

Fait à Abidjan le .....

**Signature des parents ou du tuteur**

<i>La mère</i>
<i>Le père</i>
<i>Le tuteur éventuellement</i>