



FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE ANNEE SCOLAIRE 2022-2023

Ecole maternelle le Petit Prince ECEME -Cité Colombe des résidences BATIIR,
BP 787 Bingerville ☎ : (+225) 07 68 03 33 33/25 22 00 66 51
✉ : info@lesecoleseceme.net 🌐 : www.lesecoleseceme.net

Cocher la bonne case

RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR L'ELEVE

Genre : M F Classe : _____

Nom _____

Prénoms _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Pays de naissance : _____ Nationalité : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Taille _____ m

Poids _____ kg

Groupe sanguin : A B AB O

Rhésus : Négatif Positif

Hémophile : OUI NON

Votre enfant peut-il pratiquer le sport sans restriction ? OUI NON

Si non, dites pourquoi

L'enfant présente-t-il un handicap ? OUI NON

Moteur

Cérébrale



L'enfant a-t-il des phobies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui veuillez préciser quel genre et la conduite à tenir :		

L'enfant est-il allergique à certains médicaments ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui lesquels ? _____		

L'enfant digère-t-il avec difficulté certains aliments ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui lesquels ? _____		

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui lequel ? _____		

L'enfant souffre-t-il de :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
a. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Saignement du nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Affection cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Maux de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Drépanocytose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Problème de vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Mal de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Enurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Problème auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les affections retenues veuillez indiquer les précautions particulières à prendre :		



PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Genre : M F

Nom _____

Prénoms _____

Lieu de résidence (ville)

: _____

Quartier : _____ Rue : _____

Immeuble /Villa N° : _____ Profession : _____

Contact : _____ Email : _____

Médecin traitant :

Nom et adresse du cabinet :

DECLARATION

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Bingerville le ____/____/____

Signature du père, de la mère, ou du tuteur légal.

Section réservée à l'administration

Bingerville le ____/____/____

La Direction

La Comptabilité

Signature et cachet

Signature et cachet.

