



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS pour le service médical

(à remettre sous enveloppe avec la photocopie des vaccinations)

PRENOM et NOM de l'élève : Année scolaire : 2025/2026
Date de naissance : Classe en 2025-26 :.....
Prénoms et années de naissance des frères et sœurs :
Nom des parents : Mr et/ou Mme
Tél. domicile :
Tél. portable du père : Tél. portable de la mère :
Profession du père : Profession de la mère :
Autre personne à prévenir si besoin : Tel:
Antécédents familiaux (maladies, décès, accidents) :
Antécédents médicaux à transmettre (maladies infantiles ou autres..) :
.....
A-t-elle subi une intervention chirurgicale ? :
A-t-elle été accidentée ? si oui, date et précisions :
Maladie ou allergie dont votre fille souffre :
.....
Médecin traitant et coordonnées :

✓ Activités sportives scolaires :

Aptitude en sport : **OUI** - **NON** ou **Partielle** (transmettre dans les 2 derniers cas un certificat médical)

✓ Vaccinations : **IMPORTANT**, FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DE TOUTES LES VACCINATIONS

Rappel DTCP obligatoire à 6 ans-11 ans-25 ans et pour info DTP à 45 ans-65 ans + tous les 10 ans (3/2016)

Traitements :

Toute prise de médicaments dans le cadre scolaire, nécessite la mise en place d'un protocole d'accueil individualisé (PAI). Une prescription médicale vous sera alors demandée.

Allergie alimentaire : *Si ma fille a une allergie alimentaire et souhaite prendre ses repas à l'école, je prends contact avec l'établissement scolaire afin de faire remplir un document spécifique par mon médecin. Sans ce document ma fille ne pourra pas déjeuner à Sainte-Marie.*

Date et signature des parents