

FICHE MEDICALE FC

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° Sécurité sociale :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

	Père	Mère	Autres personnes à prévenir
Nom			
Tel domicile			
Tel travail			
Tel portable			

Vaccinations :

Date du dernier rappel Diphtérie, tétanos, polio :

Rougeole (dates 1^{ère} et 2^{ème} injection :

Hépatite B (dates 1^{ère} et 2^{ème} injection :

Antécédents médicaux :

	Oui	Non	Traitement / suivi médical
Asthme			
Epilepsie			
Diabète			
Eczéma			
Allergies			
Autres maladies			



Autres renseignements / situation de handicap :

- Ne présente aucun handicap
- Présente des difficultés mais n'a jamais été pris en charge par un spécialiste.

Indiquer les difficultés rencontrées :

- Présente un handicap.

Merci de compléter la suite du questionnaire.

	Oui	Non	Observations / Nature du suivi	Durée et fréquence du suivi
Dyslexie (et autres dys)				
Déficit de l'attention				
Hyperactivité				
Autres handicap				

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Autorisation de soins :

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au SAMU (15) et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées mon état de santé.

Fait à, le

Nom :

Signature