



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS DESTINES AU MEDECIN DE L'EDUCATION NATIONALE

Merci de répondre à toutes les questions

NOM de l'établissement :

Elève : (nom, prénom)

Né (e) le :

Classe :

Confidentiel

- Votre enfant a-t-il présenté des troubles de la santé ?
 - ☐ Non
 - ☐ Oui, lesquels ? à quel âge ? quelles prises en charge ?

- Votre enfant a-t-il présenté des malaises ?
 - ☐ Non :
 - ☐ Oui, lesquels ?

- Votre enfant a-t-il eu un ou des accident(s) ?
 - ☐ Non :
 - ☐ Oui : quel type d'accident(s) ? à quelle date ? présente-t-il des séquelles ?

- Votre enfant présente-t-il actuellement des troubles de la santé ?
 - ☐ Non
 - ☐ Oui, lesquels ?

- Votre enfant suit-il un ou des traitement(s) (médicaments, rééducations,...) ?
 - ☐ Non :
 - ☐ Oui, le(s)quel(s) :

- Vaccinations diphtérie, tétanos, polio (DT Polio) - Apporter les attestations.
Dates des injections :

- Autres informations complémentaires :

Signature du ou des détenteur(s) de l'autorité parentale et date :

- ☐ Père (nom prénom) :
- ☐ Mère (nom prénom) :
- ☐ autre - préciser :(nom prénom) :