

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

à remplir par le parent ou tuteur et à présenter au médecin

Prénoms et Nom du candidat :

Date et lieu de naissance :

(Mettre une croix si l'élève a, ou a eu, les maladies ou problèmes ci-dessous).

- | | | |
|---|--|---|
| -Méningite <input type="checkbox"/> | - Hépatite <input type="checkbox"/> | - Problèmes cardiaques <input type="checkbox"/> |
| -Tendance à s'évanouir <input type="checkbox"/> | - Rhume de foies <input type="checkbox"/> | - Asthme <input type="checkbox"/> |
| -Convulsions <input type="checkbox"/> | - Epilepsie <input type="checkbox"/> | - Diabète <input type="checkbox"/> |
| -Drépanocytose <input type="checkbox"/> | - Spasmophilie <input type="checkbox"/> | - Dyslexie <input type="checkbox"/> |
| -Bégaiement <input type="checkbox"/> | - Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> | - Saignements de nez <input type="checkbox"/> |
| -Enurésie <input type="checkbox"/> | - Neuropaludisme <input type="checkbox"/> | |
| - | | |
| -Allergie à <input type="checkbox"/> | - Médicaments | lesquels |
| - <input type="checkbox"/> | - Substances | lesquelles..... |

L'élève a-t-il une intervention chirurgicale ?

Si oui, laquelle ? Quand ?.....

Je soussigné, _____, tuteur du candidat atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts.

A-----le-----

signature

NB : - Cette fiche ne fait pas partie du dossier à déposer. Elle vise essentiellement à informer sur les antécédents médicaux de l'élève et doit en conséquence être impérativement conservée par le Médecin après la consultation.