



# FICHE MÉDICALE 2025/2026

## GARDERIE

Réservé à l'école, ne pas remplir

CLASSE	NOM DE FAMILLE	MATRICULE



### ÉLÈVE

Nom : ..... Prénom (s) .....

Sexe : ..... Tél. domicile : .....

Date de naissance : ..... Groupe sanguin : .....

### *Votre enfant est-il :*

Asthmatique                       Diabétique                       Drépanocytaire

Autres                      Précisez : .....

### *Votre enfant est-il allergique à :*

des médicaments (précisez).....  
.....

des aliments, (précisez) .....  
.....

autres (précisez) .....  
.....

**PÈRE** Nom : ..... Prénom : .....

Tél. Mobile ..... Bureau ..... Domicile .....

**MÈRE** Nom : ..... Prénom : .....

Tél. Mobile ..... Bureau ..... Domicile .....

**TUTEUR** Nom : ..... Prénom : .....

Tél. Mobile ..... Bureau ..... Domicile .....

*Nom du médecin traitant de l'élève : .....*

*Nom et adresse du cabinet : .....*

Téléphone (s) : .....

*En cas d'incident, si nous n'arrivons pas à vous joindre, dans quel établissement de santé souhaitez-vous que votre enfant soit conduit ?*

.....  
...

**Merci de joindre à cette fiche les photocopies du carnet de vaccinations**

Abidjan, le .....

Signature des parents