

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