

MEDECIN TRAITANT

NOM et adresse : _____

Tel : _____

PATHOLOGIE

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé comme :

Asthme Diabète Epilepsie Hémophilie Autre : _____

PAI OUI NON Si oui, Asthme maladie chronique

Une malformation congénitale ou acquise :

→ Laquelle : _____

Présente-t-il une (des) allergie (s) ?

→ A quoi : _____

A-t-il subi des interventions chirurgicales ?

→ Lesquelles : _____

Si votre enfant doit prendre des médicaments au collège, merci de fournir le double de l'ordonnance, l'autorisation parentale écrite, avec les médicaments.

VACCINATIONS

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

N.B : pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans.

Concernant les vaccinations, merci de joindre la copie du carnet de santé.

Document non confidentiel. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière du collège.