

**ECOLE SAINT PIERRE DE CHAILLOT**

10, rue Christophe Colomb

75008 Paris

Tél. : 01.47.23.95.09

<p><b>INFORMATIONS MEDICALES</b></p>
--------------------------------------

Chers parents,

Nous vous prions de bien vouloir :

- 1- Faire parvenir au secrétariat de l'école cette feuille remplie au verso.
- 2 - Voir avec votre médecin de famille les rappels à effectuer ou les vaccinations à refaire.  
Faire aussi parvenir au secrétariat le certificat médical qui précisera, outre la date et la nature de la vaccination, s'il s'agit d'une nouvelle vaccination ou d'un rappel.

En cas de contre-indication à la vaccination, nous adresser un certificat médical, daté de l'année en cours, attestant cette contre-indication.

**Votre attention est attirée sur l'importance de cette fiche médicale** qui permet :

- les soins adaptés à votre enfant,
- la mise à jour du dossier médical,
- en cas de transfert à l'hôpital, elle fournit de précieux renseignements,

Avec nos remerciements,

Le Service Médical

<b>FICHE MEDICALE</b>
-----------------------

**NOM de L'ÉLEVE** : ..... **CLASSE** : .....

Je déclare que mon enfant (prénom) : .....  
a subi les vaccinations suivantes aux dates indiquées (merci de préciser s'il s'agit d'une  
vaccination ou d'un rappel, en rayant la mention inutile) :

- Antidiphtérique (vaccination/rappel) : .....
- Antitétanique (vaccination/rappel) : .....
- Anti-polio (vaccination/rappel) : .....
- Hépatite B (vaccination/rappel) : .....
- B.C.G. (vaccination/rappel) : .....
- Autres vaccinations ou rappels : .....

En cas de contre-indication pour un vaccin, nous adresser un certificat médical daté de l'année  
en cours, merci.

Dans l'intérêt de votre enfant, vous êtes invités à nous faire connaître tous les renseignements  
pouvant être utiles :

- 1/ *Votre enfant est-il allergique à un médicament d'usage courant ? Si oui, le(s) indiquer :*  
.....  
.....
- 2/ *Votre enfant suit-il un traitement homéopathique ?*    oui     non
- 3/ *Votre enfant a-t-il été atteint de maladie grave ou a-t-il subi une intervention  
chirurgicale au cours de l'année écoulée ? :* .....
- 4/ *Groupe sanguin et rhésus si possible :* .....
- 5/ *Problèmes particuliers :*
  - *Allergie* : .....
  - *Asthme* : .....
  - *Diabète* : .....
  - *Anomalie cardiaque* : .....
  - *Autre* : .....

**Nom et téléphone du médecin traitant habituel :** .....

**Téléphones où les parents peuvent être joints :**

- **Père :**
  - Domicile : .....    • Portable : .....
  - Bureau : .....    • Fax : .....
- **Mère :**
  - Domicile : .....    • Portable : .....
  - Bureau : .....    • Fax : .....

En cas d'absence des parents, merci d'indiquer les personnes à joindre en cas d'urgence  
(nom + lien de parenté + adresse + téléphone) :

- 1) .....
- 2) .....

En cas d'accident survenu dans l'établissement scolaire, et suivant les textes de loi en vigueur,  
si les parents ne peuvent pas être joints, le Chef d'établissement prendra la responsabilité de  
faire évacuer l'enfant sur l'hôpital le plus proche, par police-secours ou par les sapeurs-  
pompiers.

Si vous souhaitez que votre enfant soit dirigé sur un établissement hospitalier précis, veuillez  
le signaler **à titre indicatif** : .....

Date : .....

Signature :