



**Nom :**

**Prénom :**



Photo de l'élève

## FICHE MEDICALE

ELEVE :

Nom :	
Prénom :	
Nationalité :	
Lieu de naissance :	
Date de naissance :	
Groupe Sanguin :	



## RESPONSABLE LEGAL :

<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Qualité :(Père/Mère/Tuteur)</b>	
<b>Nationalité :</b>	
<b>Lieu de naissance :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Code Postal + Localité :</b>	
<b>Personne à prévenir en cas d'urgence</b>	<b>1</b>
<b>+</b>	<b>2</b>
<b>+</b>	<b>3</b>
<b>Numéro de téléphone :</b>	<b>4</b>

## MEDECIN DE FAMILLE :

<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Téléphone :</b>	<b>1.</b>
	<b>2.</b>



INTERNAT AUTONOME  
DE  
PECQ

HOME D'ACCEUIL PECQ

Rue de Lannoy, 52

B 7740 PECQ

TEL 0032 (0)69 556173

Fax 0032 (0)69 556762

[iacfpecq@hotmail.com](mailto:iacfpecq@hotmail.com)

## ATTESTATION MEDICALE A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN DE FAMILLE

Je soussigné, .....

Certifie avoir examiné :

Nom : .....

Prénom : .....

Ce dernier ne souffre d'aucune maladie contagieuse et que son état de santé lui permet de vivre en internat tout à fait normalement et sans risque pour la communauté scolaire.



INTERNAT AUTONOME  
DE  
PECQ





Fait à ....., le .....

Cachet du médecin

Signature du médecin

## FICHE SANTE.

**Les renseignements ci-dessous sont confidentiels  
et ne pourront être consultés que par  
L'équipe éducative et / ou par un médecin**

• Votre enfant peut-il participer aux activités proposées à l'internat?  
(Sport, excursions, natation,...)

OUI /  NON

• Si non, raisons d'une éventuelle non-participation.

.....  
.....

• Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître  
pour le bon déroulement de l'activité?

(Ex : Problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des  
transports, somnambulisme, handicap, ...?)



• Indiquer la fréquence, la gravité des troubles ou de l'affection et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou réagir.

.....  
.....  
.....

• Sait-il nager ?

OUI  NON  Très bien  Bien  Moyen  Difficilement  Pas du tout

• Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos?

OUI  NON Si oui, date du dernier rappel : .....

• Votre enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments?

OUI  NON Si oui, lesquels :

.....  
.....  
.....

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

.....  
.....  
.....

• Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire?

OUI  NON Si oui, précisez :

.....  
.....  
.....



• Autres renseignements que vous jugez important de signaler:

• Problème de sommeil:  OUI  NON

• Incontinence nocturne (énurésie):  OUI  NON

• Problèmes psychiques ou physiques:  OUI  NON

• Port de lunettes:  OUI  NON

• Appareil auditif:  OUI  NON

• Votre enfant prend – il des médicaments?

OUI  NON Si oui, lesquels :

.....  
.....  
.....  
.....

Si oui, est-il autonome de la prise de ses médicaments ?  OUI  NON

Si oui, fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.

Selon le cas, le parent signataire prend conscience que l'établissement ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicaments.

• Mon enfant est malade à la maison:

→ Obligation de prévenir la direction.

Si contagieux : → Obligation de retour à l'internat avec certificat médical de guérison signé par le médecin.

• Mon enfant est malade à l'internat:

→ L'internat prévient le responsable.

→ Obligation de venir chercher un enfant malade.





**Je soussigné(e) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Responsable légal de :**

**Autorise la direction de l'Internat à prendre toutes mesures indispensables en cas d'intervention chirurgicale urgente à pratiquer éventuellement sur la personne de mon fils.**

Il est cependant entendu que, dans la mesure du possible, la Direction de l'établissement m'avertira préalablement.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature