Afin de mettre à jour l'intégralité de notre base infirmerie, merci de nous retourner ce document pour le 14 août 2024

ASSOMPTION SAINTE CLOTILDE BORDEAUX

FICHE MEDICALE
Internat

Année scolaire 2024-2025

INTERNE : NOM et prénom

Date de naissance : _____/_____/_____

GROUPE SANGUIN : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Organisme de Sécurité Sociale et Mutuelle : _____

VACCINS (Joindre une photocopie des pages vaccinations du carnet en précisant bien le nom et le prénom de l'interne)

Date de la dernière vaccination ou du rappel antitétanique : _____/_____/_____

ALLERGIES CONNUES

Aspirine ? ☐ Oui / ☐ Non **Acariens ?** ☐ Oui / ☐ Non **Antibiotiques ?** ☐ Oui (précisez) _____ / ☐ Non

MALADIES CONNUES

Diabète ? ☐ Oui / ☐ Non **Asthme ?** ☐ Oui / ☐ Non

Autres ? (ex. spasmophilie, anomalie cardiaque, etc… : précisez) ☐ Oui _____/ ☐ Non

Traitement médicamenteux régulier ? ☐ Oui (précisez) : _____/ ☐ Non

Suivi régulier ? Kinésithérapeute ☐ ostéopathe ☐ Psychologue ☐ , autre ☐ : précisez :……

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Appendicectomie ? ☐ Oui / ☐ Non

Autres interventions chirurgicales ? (*précisez)* _____

PATHOLOGIES FAMILIALES : _____ _____

HABITUDES DE SOMMEIL : _____ _____

ALIMENTATION :

Régime Alimentaire : ☐ Oui (précisez) _____ / ☐ Non

Allergies Alimentaires ? ☐ Oui (précisez) _____ / ☐ Non

Intolérances Alimentaires ? ☐ Oui (précisez) _____ / ☐ Non

Autres ? (précisez) _____

Types de médicaments pris contre ces allergies : _____

EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Nom du/des responsable(s) légal(aux) de l'interne : _____

Téléphones : domicile : _____ / mobile père : _____ / mobile mère : _____

Eventuellement, **autre personne à prévenir** : nom : _____/Tél : _____

En cas d'urgence médicale et en leur absence, M. et/ou Mme _____,
autorisent l'établissement scolaire ASC à communiquer ces informations aux autorités médicales et à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires pour l'état de santé de leur jeune fille.
Nous autorisons par ailleurs à faire pratiquer une anesthésie générale en cas d'intervention chirurgicale impérative et urgente.

A _____ Le _____/_____/_____

Signatures :