



FICHE MEDICALE

Internat

Année scolaire 2026-2027

INTERNE : (NOM et prénom)

Date de naissance : ____/____/____

CLASSE : ____

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 Antibiotiques ? ☐ Oui (précisez) ____/____ ☐ Non Autres ? ☐ 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 avec ordonnance à donner) : ____

/ ☐ 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 :