



# Fiche médicale

Je soussigné(e) (père / mère / tuteur/...) .....

parent ou responsable légal(e) de **NOM et prénom**..... **Classe**.....

- autorise       n'autorise pas le Séminaire de Floreffe, par l'intermédiaire de son représentant
- à prendre, en cas d'indisposition bénigne, les mesures utiles (premiers soins, médicaments),
- à prendre, en cas d'urgence reconnue par le médecin consultant, toutes les mesures nécessaires même s'il s'agissait d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale ou de transfusion sanguine,
- autorise le médecin scolaire à donner la dose unique de traitement antibiotique, Si un cas de méningite se déclare en milieu scolaire afin d'éviter la propagation du virus.
- à conduire, en cas d'accident suffisamment grave, notre enfant au service des urgences de la clinique Sainte-Elisabeth à Namur. Attention, si cela ne vous agrée pas, merci de nous le faire savoir par écrit.

## L'élève souffre-t-il de :

Asthme     Diabète       Epilepsie       Somnambulisme     Incontinence

Allergie alimentaire : .....ou autre : .....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?

Affection spécifique :

## Date et nature des derniers vaccins :

Tétanos : Oui – Non      date du dernier rappel : ...../...../.....

Autres : .....      Date du dernier rappel : ...../...../.....

## **Médication :**

Votre enfant est-il soigné par     Allopathie       Homéopathie (l'élève apporte ses médicaments)

Votre enfant suit-il un traitement spécifique ? .....

Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ? Si oui, lesquels : .....

Quelles sont les conséquences ? .....

Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient.

Du désinfectant, une pommade anti-inflammatoire, du charbon actif, dafalgan 500, nurofen 200, coludol, Strepsils, perdofémina, buscopan, arnica gélules, antimétil ...

## Personnes à contacter en cas d'urgence : .....

GSM : ..... Tél Fixe : ..... Tél au bureau : .....

Autre contact : ..... Téléphone : .....

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Date :

Signature des parents