WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT
Internat Autonome
Limbourg

FICHE MEDICO-PHARMACEUTIQUE

RENSEIGNEMENTS	REPONSES
NOM et Prénoms de l'élève : Lieu et Date de naissance :	
Groupe sanguin :	
Nom et prénom de la personne à charge de laquelle l'enfant émarge aux soins médicaux : Adresse : N° de téléphone :	
Dénomination de la mutuelle : N° d'affiliation :	
URGENCE = service 112 = Hôpital de Verviers Ou établissement de votre choix :	
J'autorise l'équipe éducative a donner certains médicaments en cas de besoins	
N° de téléphone des parents : N° de téléphone d'une autre personne à joindre au nom de :	
Nom du médecin traitant : N° de téléphone :	
Maladies antérieures de l'enfant et opérations :	à souligner : rougeole, rubéole, varicelle, coqueluche, diphtéri oreillons, scarlatine, asthme, bronchite, pneumonie, épilepsie, somnambulisme, appendice, affection cardiaque, diabète. **AUTRE :**
Vaccins reçus : antitétanique : antivariolique : antipoliomyélique :	Date : Rappel :
L'enfant est-il allergique ou sensible : à des médicaments ? à certaines matières ou aliments ?	

Fait à …… le …… Signature