

FICHE MEDICALE

Pièces à joindre

Copie du carnet de vaccinations
Copie des ordonnances en cas de traitements médicaux et médicamenteux
Copie des prescriptions en cas d'allergie

IDENTITE du CANDIDAT

Civilité : NOM : Prénom :

Date de naissance :

ANTECEDENTS MEDICAUX

Convulsions infantiles :

Non concerné

Age d'apparition :

Fréquence : (nombre de fois par année)

Traumatismes crâniens ou autres

Non concerné

Date :

Nature :

Syndromes encéphaliques ou méningiques

Non concerné

Date :

Nature :

Séquelles :

Autres pathologies : (préciser)

DONNEES MEDICALES ACTUELLES

Vaccinations (indiquer les dates des dernières vaccinations ou rappels) :

- BCG :
- Diphtérie-Tétanos-Polio :
- Hépatite B :

Remarques :

Epilepsie :

non concerné

Age de début :

Evolution :

Etat actuel :

Facteur déclenchants :

Traitement :

Allergies – Intolérances :

non concerné

Alimentaires :

Médicamenteuses :

A l'anesthésie :

Environnementales :

Autres pathologies : (à préciser)

Type
Dossier candidature

Date
2019

Objet
Fiche Médicale