



FORMULAIRE MEDICAL

Année Scolaire **2022-2023**

A-RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

Nom et Prénoms:.....

Date de naissance:...../...../.....

Lieu de naissance :

Classe de:.....

Sexe: M F

B-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Groupe sanguin : A B AB O

Rhésus: NEGATIF POSITIF

Hémophile : OUI NON

Poids de l'enfant :

Votre enfant peut-il pratiquer le sport sans restriction OUI NON

Si non, dites pourquoi:.....

L'enfant présente-t-il un handicap ?

Moteur OUI NON

Cérébrale

L'enfant a-t-il des phobies

Si oui veuillez préciser quel genre et la conduite à tenir:.....

L'enfant est-il allergique à certains médicaments? OUI NON

Si oui lesquels ? :.....