

FICHE MEDICALE / FICHA MÉDICA

- Nom de l'élève/nome do aluno :

- Classe/Turma : _____ Date de naissance/Data de nascimento ____/____/____
 - Poids actuel/Peso atual _____ Kg N° d'Assuré social /N° do cartão de utente : _____
 - L'enfant est-il atteint d'une maladie ? OUI / NON
 Sofre de alguma doença ? SIM / NÃO
 Si oui, laquelle / se sim, especificar :

- L'enfant est-il atteint d'un handicap pouvant nécessiter des aménagements particuliers ? OUI / NON
 Possui alguma deficiência física ou necessidade especial ? SIM / NÃO
 Si oui, lequel / se sim especificar :

- L'enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? OUI / NON
 Já foi submetido a alguma cirurgia ? SIM / NÃO
 Si oui, laquelle / se sim, especificar

- L'enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ? OUI / NON
 Tem alergia a algum medicamento ? SIM / NÃO
 Si oui, laquelle / se sim, especificar

- L'Enfant a-t-il des allergies alimentaires ? OUI / NON
 Tem alergia a algum alimento ? SIM / NÃO
 Si oui, laquelle / se sim, especificar

- L'enfant suit-il un traitement médical quotidien ou régulier ? OUI / NON
 Toma medicação diária ou regular ? SIM / NÃO
 Laquelle / Qual ?

L'enfant a-t-il une prescription médicale d'urgence ? OUI / NON
 Tem prescrita medicação de urgência ? SIM / NÃO
 Laquelle (médicaments/dose/posologie) / qual (medicação/dose/posologia) ?

Les vaccins sont-ils à jour ?
 Tem o Plano Nacional de Vacinação atualizado ?

Personnes à contacter en cas d'urgence :
 Contactos em caso de urgência :

NOM / NOME	LIEN DE PARENTÉ / GRAU DE PARENTESCO	TEL. / CONTACTO

Date / Data : ____/____/____

Signature du représentant légal / Ass. Do representante legal)