

FICHE CONTRÔLE MALADIE

NOM	PRENOM
DATE DE NAISSANCE	CLASSE
PROFESSEUR	ANNÉE SCOLAIRE

1 ^{ère} RESPONSABLE	
NOM / PRENOM	
TÉLÉPHONE	
2 ^{de} RESPONSABLE	
NOM / PRENOM	
TÉLÉPHONE	

DIAGNOSTIQUE	
HÔPITAL, CENTRE ou MÉDECIN TRAITANT	
TÉLÉPHONE	
CERTIFICAT MÉDICAL ou ORDONNANCE	

PRESCRIPTION DU TRAITEMENT			
MÉDICAMENTS	DOSE	HORAIRE	INDICATIONS (SYMPTÔMES)

Traitement en CAS D'URGENCE	<input type="checkbox"/>	Traitement OCCASIONNEL	<input type="checkbox"/>
Traitement à LONGUE DURÉE	<input type="checkbox"/>	En « STOCK » en cas d'oubli à la maison	<input type="checkbox"/>
Traitement à COURTE DURÉE	<input type="checkbox"/>		

Date:

Signatures

Les Parents	Le Médecin Scolaire	Le Proviseur	L'Enseignant(e)