

# ÉCOLE INTERNATIONALE ERIDAN

## Dossier Médical

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents : .....

.....

Tél. domicile : ..... Tél. bureau : .....

### MÉDECIN TRAITANT :

Adresse :

.....

.....

Tél. : .....

### Personnes à contacter en cas d'accident ou de problème :

M..... Tél. :

.....

M..... Tél. :

.....

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

BCG date : ..... TEST TUBERCULINIQUE date :

.....

DIPHTERIE date du dernier rappel : .....

TETANOS date du dernier rappel : .....

POLIO date du dernier rappel : .....

### VACCINATIONS RECOMMANDÉES :

ROR (rougeole-oreillons-rubéole) date : .....

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Opération :

.....

Date :

.....

Autres :

.....

Surveillance particulière :

.....

### ALLERGIES ET/OU DÉGOUTS ALIMENTAIRES

Montpellier, le .....

Signature :