



Année scolaire

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 EFFECTUEES :

BCG date : TEST TUBERCULINIQUE date :

.....

DIPHTERIE date du dernier rappel :

TETANOS date du dernier rappel :

POLIO date du dernier rappel :

ROR (rougeole-oreillons-rubéole) date :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Opération :

.....

Date :

.....

Autres :

.....

Surveillance particulière :

.....

Montpellier, le

Signature :