



# VISITE MEDICALE

## Visite à effectuer chez votre médecin traitant

**Avez-vous pensé à déclarer le médecin référent de votre enfant, dès ses 16 ans ?**

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

NOM – PRENOM .....

Date de naissance |\_\_|\_|\_\_\_\_|

Taille ..... cm          Poids ..... kg

Celui-ci ou celle-ci,

Aucun médicament ne pouvant être distribué sans avis médical par l'assistante sanitaire de l'école, **le médecin voudra bien inscrire les médicaments autorisés en cas de :**

Céphalée : .....

Mal de gorge : .....

Diarrhée ou mal de ventre : .....

.....

Règles douloureuses : .....

A déposer **obligatoirement** à l'infirmierie

- ◆ N'est pas atteint(e) de maladies contagieuses
- ◆ Est en bonne santé
- ◆ Et est apte à une fréquentation normale

Catégories d'éducation physique :

- CAT. I          - apte à tous les sports
- CAT. II         - éducation physique normale
- CAT. III        - peu d'efforts prolongés
- CAT. I          - inapte

Autres remarques éventuelles .....

.....

Groupe sanguin (facultatif) .....

### Relevé des vaccinations

NATURE DES VACCINATIONS	DATES DU DERNIER RAPPEL	CONTRE INDICATIONS	VISA DU MEDECIN
Anti-Poliomyélitique			
Anti-Dyphtérique Tétanique			
Hépatite B			
B.C.G.		RESULTATS	

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin