

VACCINATION...

Pour l'admission, une vaccination antidiptérique, antitétanique et antipoliomyélique complète (dont le dernier rappel date de moins de cinq ans) **est exigée (joindre les photocopies du carnet de santé).**

Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, faire vacciner l'enfant dès maintenant ou fournir un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS DIVERS...

La famille est invitée, dans l'intérêt de l'enfant à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

■ **GROUPE SANGUIN** (s'il est connu) :

■ L'enfant a-t-il subi une **INTERVENTION CHIRURGICALE** ? Oui Non

Si oui, laquelle :

■ A-t-il eu des **MALADIES CONTAGIEUSES** ? Si oui, lesquelles :

- Oreillons Hépatite Rubéole Rougeole
 Scarlatine Varicelle Rhumatisme Articulaire Aigu

■ Fait-il des allergies ? (indication médicamenteuse avec ordonnance du médecin traitant en cas de crise et contre-indication à l'emploi de certains produits)

.....
.....
.....

■ L'enfant suit-il un **TRAITEMENT MÉDICAL** ? Oui Non

Si oui, lequel :

Si c'est le cas, vous devez prendre contact avec l'infirmière pour en définir les modalités de prise au sein de l'établissement

■ L'enfant a-t-il une **reconnaissance de Handicap** ? (par la MDPH)

Si oui, de quel handicap s'agit-il ?:

.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS... Donnez toute autre information qui pourrait être utile à l'infirmière (malaises, trouble nerveux, troubles cardiaques, convulsion, épilepsie, diabète, traitement en cours, séquelle d'accident en cours, **suivi orthophonique, psychologique...**)

.....
.....
.....

■ Nom du **MÉDECIN DE FAMILLE** :

.....

Adresse :

..... N° de téléphone :

.....

Dernier établissement scolaire fréquenté :

FICHE DE SANTÉ

Confidentielle, à l'usage de l'infirmière



Fiche remplie le / /

*Les parents voudront bien placer ce document sous enveloppe cachetée portant la mention « FICHE MEDICALE » et le remettre au Secrétariat avec le Dossier d'Inscription.
Cette fiche soumise au secret professionnel sera conservée à l'infirmierie.*

ÉLÈVE ... Nom : Prénom :

Classe : 1/2 Pensionnaire Ext.

Né(e)le / /

à.....Nationalité.....

Adresse.....

.....

N° Séc. Soc. :

TÉLÉPHONE, EN CAS D'URGENCE...

Du Domicile :

Du lieu de travail du Père :

Du lieu de travail de la Mère :

D'un voisin : (Nom :)

Nom, prénom, du Père :

Profession :

Nom, prénom, de la Mère :

Profession :

Nombre d'enfants et âges :

Situation Familiale Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e)

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE...

Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....

Déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au **SAMU (15)** et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant. Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.

SIGNATURE...

Père

Mère

Tuteur

Si l'enfant est inapte à l'Éducation physique (totale ou partielle) il devra fournir un certificat médical indiquant le motif.