

Fiche SANTE (Sous pli cacheté)

L'ÉLÈVE

Nom : _____	Prénom : _____
Née le : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Adresse complète : _____	
N° assurance scolaire : _____	_____
Nom et adresse de l'établissement fréquenté l'année précédente : _____	

Responsable légal 1

NOM : _____
 Prénom : _____
 Mère Père Autre (préciser) : _____
 Adresse : _____

 Tél. domicile : _____
 Tél. mobile : _____
 Adresse email : _____
 Activité professionnelle : _____

Responsable légal 2

NOM : _____
 Prénom : _____
 Mère Père Autre (préciser) : _____
 Adresse : _____

 Tél. domicile : _____
 Tél. mobile : _____
 Adresse email : _____
 Activité professionnelle : _____

Autre responsable légal (si existant)

NOM : _____
 Prénom : _____
 Qualité : _____
 Adresse : _____
 Tél. domicile : _____
 Tél. mobile : _____
 Adresse email : _____
 Activité professionnelle : _____

Personne susceptible de vous prévenir rapidement

NOM : _____
 Prénom : _____
 Lien avec l'élève : _____

Ces numéros de téléphone nous permettent de vous contacter le plus rapidement possible en cas d'accident.
 En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence

vers l'hôpital. La famille est avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de sa famille.

Nous informons les parents qu'aucun frais médicaux n'est pris en charge par les établissements scolaires.

Tout traitement devra être déposé à l'infirmier avec un double de l'ordonnance médicale. Si nécessaire, et à votre demande un projet d'accueil individualisé (PAI) peut être mis en place. (rapprochez-vous de l'infirmier).

ANTECEDENTS MEDICAUX

Merci de fournir une photocopie des pages du carnet de santé concernant les vaccinations de votre enfant.

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Votre enfant est-il atteint d'une maladie ou d'un handicap ?

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser : _____

A-t-il subi des interventions chirurgicales ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ? _____

Prend-il un traitement ?

Oui

Non

Si oui, lequel ? _____

Votre enfant est-il allergique ?

Oui

Non

Si oui, à quoi ? _____

Suit-il un régime alimentaire ?

Oui

Non

Si oui, lequel ? _____

Porte-t-il des lunettes ou des lentilles ?

Oui

Non

Porte-t-il un appareil auditif ?

Oui

Non

L'état de santé de votre enfant nécessite-t-il :

Un aménagement de sa scolarité (PAI, PAP, PPS) ?

Oui

Non

Si oui, merci d'en joindre une copie

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier ?

(Orthophoniste, , psychologue ..)

Oui

Non

Si oui, avec quel professionnel et où ?

Remarques éventuelles : (maladies à répétition, stress, angoisse...) :

A _____, le _____