

FICHE D'INFORMATIONS SUR LA SANTE

A l'attention des parents

Valable pour l'année scolaire 2018/2019

A retourner au Service de Promotion de la Santé scolaire du LFT

Nom de l'élève :

Prénom :

 Garçon Fille Né(e) le : / / à :

Nationalité :

Classe d'origine : Etablissement d'origine :

 Boursier Non Boursier

Régime restaurant scolaire :

 Interne Demi-pensionnaire Abonné Carte cafétéria Externe

>> CADRE DE VIE

L'enfant vit-il chez ses parents ? Oui Non

Si non, chez qui vit-il ?

>> COMPOSITION DE LA FAMILLE

	Nom	Prénom	Adresse	Tel bureau	Tel portable
Père					
Mère					
Correspondant					

	Nom	Prénom	Classe	Ecole	
Fratrie					
Fratrie					
Fratrie					

>> Personnes à prévenir en cas d'urgence

NOMS :

TELEPHONE :

L'élève accidenté ou malade est évacué vers l'hôpital le plus proche et adéquat. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou du représentant légal.

J'autorise, en cas de nécessité, l'administration de médicaments à mon enfant par le service de santé scolaire

 OUI NON

>> VACCINATIONS : Date du dernier rappel à préciser

1) Vaccins obligatoires2) Vaccins recommandées

D.T. Polio :

ROR :

B.C.G :

Méningocoque :

Test tuberculique :

Hépatite B :

Coqueluche :

Autres vaccins :

Merci de joindre au dossier la photocopie du carnet de vaccinations

>> ANTECEDENTS MEDICAUX

Cocher la case correspondante :

- VARICELLE ROUGEOLE RUBEOLE OREILLONS OTITE
- HEPATITE A/B MENINGITE CONVULSION PERTE DE CONNAISSANCE
- EPILEPSIE TETANIE ASTHME PALUDISME DREPANOCYTOSE
- AUTRE :

>> VOTRE ENFANT PRESENTE T-IL DES ALLERGIES ? OUI NON Si oui, à préciser

MEDICAMENTEUSE : ALIMENTAIRE : AUTRE :

MEDICAMENTS CONTRE-INDIQUES :

>> SI VOTRE ENFANT A CONSULTE UN SPECIALISTE, NOTER LA DATE DU DERNIER RENDEZ-VOUS

OPHTALMO : DERMATO : ORL : DENTISTE :

PSYCHOLOGUE : ORTHOPHONISTE : AUTRE :

>> Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

.....

AUTRES OBSERVATIONS QUE VOUS SOUHAITERIEZ COMMUNIQUER, RELATIVE A L'ELEVE CONCERNANT SA SANTE OU SON ADAPTATION A L'ECOLE :

>> Précautions à prendre pour certaines activités physiques

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) :

.....

.....

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) :

.....

.....

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date

Signature