

## FICHESANITAIRE

### L'ÉLÈVE:

NOM:.....

PRÉNOM: .....


SEXE:GARÇON

FILLE

DATEDENAISSANCE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LIEUDENAISSANCE.....

### LESPARENTS:


NOM ET PRÉNOMDU PÈRE TUTEUR LEGAL.....

 Portable.....

 Professionnel.....


NOM ET PRÉNOMDE LA MÈRE - TUTEUR LEGAL.....

 Portable .....

 Professionnel.....

NOMETPRÉNOMDE LAPERSONNE(à contacter)ENCASD'URGENCE.....

 Portable.....

 Professionnel.....

### TRAITEMENTENCOURSETPRÉCAUTIONSPARTICULIÈRES:

L'ENFANTSUITE-ILUNTRAITEMENTMÉDICAL?

OUI

NON



Sioui,joindreuneordonnancerécenteetlesmédicamentscorrespondant(boîtesdemédicamentsdansleuremballage d'origine, identifiées au nom de l'enfant, accompagnées de la notice.

(AUCUNMÉDICAMENTNEPOURRAETREADMINISTRÉSANSORDONNANCEDATÉEETSIGNÉEDUMEDECIN)

### COORDONNÉEDUMEDECINTRAITANT:

NOM:.....

ADRESSE:.....

**ALLERGIES**

**MÉDICAMENTEUSE:** Oui  Non       **ALIMENTAIRES:** Oui  Non

**AUTRES (latex, pollen, poussières...)** Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication les signaler):.....  
 .....  
 .....

L'enfant nécessite-t-il la constitution d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI)? Oui  Non

L'enfant est-il soumis à un régime alimentaire spécifique? Oui  Non

Si oui, lequel?.....

**PROBLÈME(S) DESANTÉ:** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

.....  
 .....

**TOUTE MALADIE DE LONGUE DURÉE DOIT FAIRE L'OBJET D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (ASTHME, DIABÈTE...)**

**RECOMMANDATIONS UTILES AUX PARENTS:** (précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèse dentaires ou auditives...):

	<b>rougeole</b>	<b>varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Otite</b>
<b>MALADIES:</b>	L'enfant a-t-il déjà eu la rougeole? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	L'enfant a-t-il déjà eu la varicelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<b>Coqueluche</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital du secteur. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Directeur, à donner les premiers soins d'urgence, à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Doha, le ...../...../.....**

**Signature des parents(\*)**