

FICHE SANITAIRE

L'ÉLÈVE :

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : GARÇON

FILLE

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / ____ LIEU DE NAISSANCE

LES PARENTS :

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE TUTEUR LEGAL.....

 Portable


 Professionnel

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE - TUTEUR LEGAL.....

 Portable

 Professionnel

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE (à contacter) EN CAS D'URGENCE

 Portable

 Professionnel

TRAITEMENT EN COURS ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES:

L'ENFANT SUITE-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL?

OUI

NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, identifiées au nom de l'enfant, accompagnées de la notice.

(AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE DATÉE ET SIGNÉE DU MEDECIN)

COORDONNÉE DU MEDECIN TRAITANT :

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 le 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) DE SANTÉ : (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...) :

.....

MALADIES: L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <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 (*)