

FICHE SANTE COLLEGE *

ANNEE SCOLAIRE : 2020 - 2021

Veuillez cocher la case correspondant au régime de votre enfant :

☐ Interne

☐ Demi-pensionnaire

☐ Externe - Externe surveillé

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : **Prénom :** **Né(e) le :** **Classe :**

NOM et Adresse des parents ou du représentant légal :

N° de Sécurité sociale parents: .../.../.../.../.../.../.../... **Adresse du centre :**

N° de Sécurité sociale élève : / / / / / **Mutuelle (Cie et n°) :**

Tél. de l'élève : **(renseignements grisés = ne concernent que le lycée)**

Responsable légal 1 (NOM, Prénom) : **Tél.:** **Tél.:**

Responsable légal 2 (NOM, Prénom) : **Tél.:** **Tél.:**

Autre personne pouvant être prévenue : **Tél.:**

Médecin traitant : NOM, adresse : **Tél.:**

Hébergement particulier : garde alternée ☐ famille d'accueil ☐ foyer ☐ autre ☐



AUTORISATION DE DONNER DES MEDICAMENTS

La législation scolaire concernant les soins à apporter à un élève nous impose de n'administrer aucun médicament lorsqu'il n'y a pas d'infirmière scolaire (cas du collège). Toutefois, une liste de médicaments de base est susceptible d'être utilisée moyennant votre autorisation et sous couvert d'une autorisation du SAMU, en cas d'urgence.

Cocher les médicaments pouvant être administrés à l'élève.

Cette feuille doit être **obligatoirement signée**, sinon nous ne pourrions donner **aucun** médicament à votre enfant.

- | | |
|---|-----------------------|
| ☐ Doliprane 500 mg | Douleur – Fièvre |
| ☐ Smecta | Diarrhées |
| ☐ Spasfon | Maux de ventre |
| ☐ Vogalib | Nausées |
| ☐ Sérum physiologique | Irritations oculaires |
| ☐ Hextril | Bain de bouche |
| ☐ Dakin / Biseptine | Antiseptique |

- | | |
|---|-------------------|
| ☐ Euphytose | Angoisse, stress |
| ☐ Strepsil pastilles | Maux de gorge |
| ☐ Hémoclar / Arnican 4% | Contusion |
| ☐ Arnica granules | Contusion |
| ☐ Biafine pommade | Plaie non infecté |
| ☐ Calmaderm | Piqûres insectes |

L'enfant :

NOM : **Prénom :**

Classe : **peut recevoir les éléments cochés.**

Signature du (des) responsable(s) légal (légaux) :

ACCIDENT

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. S'il y a urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. **L'élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Pour les élèves du Lycée Professionnel tout accident sur temps scolaire est déclaré en accident de travail après en avoir informé l'Accueil du Lycée.

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

Nous soussignés, M. et/ou Mme autorisons les enseignants ou le personnel de l'établissement, à prendre toutes les dispositions en cas d'accident ou de maladie.

A

Date

Signature(s)

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, M. et/ou Mme autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A

Date

Signature(s)

PRECISIONS MEDICALES

Votre enfant :

 Date dernier rappel du vaccin antitétanique : (pour être efficace : rappel tous les 5 ans)

 Porte-t-il des lunettes ou verres de contact ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, préciser.....

 A-t-il des difficultés d'audition ? ☐ OUI ☐ NON

 Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

En cas de traitement, sur le temps scolaire, il est **OBLIGATOIRE** de confier à la vie scolaire de l'établissement les médicaments avec l'ordonnance (ou la copie).

Joindre la photocopie du carnet de vaccinations de l'élève

(DT Polio, BCG, etc...)



- Le vaccin contre l'Hépatite B est obligatoire pour les élèves de Bac Pro ASSP.

- Date du dernier rappel DTP :

* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL.**

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire rattaché à l'établissement