école collège lycée

FICHE SANTE ECOLE*

ANNEE SCOLAIRE : 2020 - 2021

Veuillez cocher la case correspondant au régime de votre enfant :

Externe ☐ EXS (PAI alimentaire) ☐ Demi-pensionnaire 4 jours ☐

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 : ……

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 ☐

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 de l'école), sauf pour les P.A.I. (projet d'accueil spécialisé). En cas d'urgence, nous contactons les pompiers et le SAMU. Si votre enfant a besoin d'un traitement, vous serez conviés à venir lui administrer.

Trousse bobologie

- ☐ **Biseptine dosettes individuelles**
- ☐ **Vaseline pommade**
- ☐ **Sérum physiologique dosettes**
- ☐ **Hémoclar pommade**

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.***

☞ **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…)

Joindre la photocopie du carnet de vaccinations de l'élève

(DT Polio, BCG, etc…)

* **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