



FICHE SANTE GROUPE SCOLAIRE

Veillez cocher la case correspondant au régime de votre enfant :

☐ Demi-pensionnaire

☐ Externe

☐ Externe surveillé (école/collège)

☐ Interne

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 ☐

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 L'ECOLE si votre enfant a besoin d'un traitement, vous serez conviés à venir lui administrer***

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

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un : ☐ PAI ☐ PAP ☐ PPS
- Si oui, fournir tous les documents médicaux, Bilan orthophonique si dysgraphie ou dyslexie...
A-t-il une AEHS ☐ OUI ou ☐ 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 :

AUTORISATION DE DONNER DES MEDICAMENTS UNIQUEMENT POUR **LE LYCEE**

La législation scolaire concernant les soins à apporter à un élève nous impose de n'administrer de médicament qu'en présence de l'infirmière scolaire (Mme LARRIEU), avec l'accord signé du médecin traitant, sauf PAI ou extrême urgence avec prescription du SAMU.

Cocher les médicaments pouvant être administrés à l'élève en présence de l'infirmière.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Doliprane 500 mg | Douleur – Fièvre |
| <input type="checkbox"/> Smecta | Diarrhées |
| <input type="checkbox"/> Spasfon | Maux de ventre |
| <input type="checkbox"/> Vogalib | Nausées |
| <input type="checkbox"/> Sérum physiologique | Irritations oculaires |
| <input type="checkbox"/> Hextril | Bain de bouche |
| <input type="checkbox"/> Dakin / Biseptine | Antiseptique |

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Euphytose | Angoisse, stress |
| <input type="checkbox"/> Strepsil pastilles | Maux de gorge |
| <input type="checkbox"/> Hémoclar / Arnican 4% | Contusion |
| <input type="checkbox"/> Arnica granules | Contusion |
| <input type="checkbox"/> Biafine pommade | Plaie non infecté |
| <input type="checkbox"/> Calmaderm | Piqûres insectes |

L'enfant :

NOM : Prénom :

Classe : **peut recevoir les éléments cochés**

Signature du médecin traitant :