



classe

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

FICHE SANTE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Les coordonnées (responsables, tel, mail ...) utilisées sont celles renseignées sur la base élèves, merci de signaler tout changement auprès du secrétariat dans les meilleurs délais.

NOM : PRENOM :

Né(e) le :

Médecin traitant : Tel/Mail

PAS de MEDECIN TRAITANT

URGENCE ET ACCIDENT

En cas **d'urgence**, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame 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.

Date et Signature du(des) représentant(s) légal (légaux) :

Le VERSO de cette fiche n'est pas obligatoire, il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit bien renseignée. Ce document est CONFIDENTIEL, les informations portées ne seront partagées qu'avec les professionnels de santé (médecin scolaire et infirmière). A mettre sous enveloppe si nécessaire.

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par l'infirmière pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé (PAI), conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

VACCINATIONS

	OUI ¹	NON ¹	DATES (derniers rappels)		OUI ¹	NON ¹	DATES (derniers rappels)
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite				Pneumocoque			
Coqueluche				BCG			
Haemophilus Influenzae type B				Papillomavirus HPV			
Rougeole / Oreillons / Rubéole				Méningocoque B			
Hépatite B				Méningocoque C			
Autres (préciser) :							

SANTE et SCOLARITE

Votre enfant est : ¹ cocher les cases nécessaires

- ♦ **Atteint d'une maladie chronique** pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire. OUI¹ NON¹
- ♦ **Susceptible de prendre un traitement d'urgence.** OUI¹ NON¹
- ♦ **Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante** pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire. OUI¹ NON¹

L'année dernière, votre enfant a t-il eu : ¹ cocher les cases nécessaires

PAI OUI¹ NON¹ PAP OUI¹ NON¹ PPS OUI¹ NON¹

Maladie, handicap ou problèmes de santé rencontrés

PRECISIONS MEDICALES

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

Souhaitez-vous informer/sensibiliser l'équipe aux renseignements portés dans ce paragraphe ? OUI¹ NON¹