

FICHE MEDICALE DE L'ÉLÈVE

Année scolaire
20.../20...

Ces informations doivent être mises à jour chaque année pour un meilleur suivi de votre enfant.
Veuillez aviser l'école de tout changement d'information.

Nom de l'élève	Prénom	Date de naissance (J/M/A)	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Adresse	Immeuble	Rue	Ville	Tél. Domicile
Prénom du Père	Téléphone portable du Père		Téléphone professionnel	
Prénom de la Mère	Téléphone portable de la Mère		Téléphone professionnel	
Personne à contacter en cas d'urgence	Lien de parenté	Téléphone portable		

POLITIQUE DE SANTE

Dans le souci de promouvoir la santé et le bien-être des enfants, et vu que la sécurité des élèves est prioritaire pour nous, le département de santé a instauré une politique nécessitant l'adhérence et la participation des parents :

- Tout enfant malade ne doit pas fréquenter l'école avant son rétablissement.
 - Pour une absence de plus de 3 jours, un rapport médical est requis.
 - Pour une absence de moins de 3 jours, une justification écrite et signée par les parents est requise.
 - Concernant la politique d'administration des médicaments à l'école :
Elle doit être limitée aux cas d'extrême nécessité : asthme, diabète, épilepsie,
- Si besoin en est, le médicament doit être envoyé avec les instructions explicites quant à la dose, le temps de prise, le motif et de préférence avec **la prescription médicale**.

AUTORISATION MEDICALE

L'école a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Mais une autorisation écrite des parents est exigée afin de pouvoir donner les soins aux enfants en cas d'urgence.

A qui de droit,

Je soussigné(e), père/mère/tuteur de l'élève----- **en classe**
de -----

Confirme que le service médical de l'école a mon autorisation pour prodiguer les soins nécessaires à mon enfant ou le transférer à l'hôpital au cas où la direction sera dans l'incapacité de me joindre afin d'obtenir mon autorisation, j'accorde au chef de l'établissement la permission de prendre les mesures nécessaires.

Date : -----
Jour
Mois
Année

Signature des parents/Tuteur

Nom de l'élève

Prénom

Groupe Sanguin

Classe

A COMPLETER EXCLUSIVEMENT PAR LE MEDECIN DE L'ELEVE

Maladies chroniques : (Barrer la mention inutile)

Allergie:

- Respiratoire.....
- Médicamenteuse.....
- Alimentaire.....
- Topique.....

Cardiaque : Oui Non

Rénale : Oui Non

Hépatique : Oui Non

Sanguine : Oui Non

Respiratoire : Oui Non

Neurologique : Oui Non

Autres :.....

Si OUI, précisez :

- La maladie.....
- Le traitement.....
- Médicaments (dose et durée).....
- Traitement en cas de crise.....

Déficits particuliers : (Barrer la mention inutile)

Ouïe : Oui Non

Vue : Oui Non

Autres :.....

Si oui, joindre les résultats des examens confirmant le diagnostic.

Activités sportives :

Apte

A ménager

Inapte : Temporaire

Durée :

Définitif

Raisons :

Veillez compléter le tableau de vaccination

VACCINATION	DATE DES INJECTIONS ADMINISTREES (J/M/A)				
	1 ^{Ere} Injection	2 ^{ème} Injection	3 ^{ème} Injection	4 ^{ème} Injection	5 ^{ème} Injection
DTP/Polio					
HIB					
ROR					
Hépatite B					
Hépatite A					
Varicelle					
Méningocoque :					
• Mencevax					
• Menactra					
Pneumocoque :					
• Prévenar13					
• Synflorix					
Typhoïde					
Td/Polio					
Rotavirus :					
• Rotarix					
• Rotateq					

Signature et cachet du médecin

Date : -----