

Fiche Santé

La présente fiche doit être remplie très scrupuleusement. Si une information n'y figurait pas et que cela porte préjudice à l'enfant, la responsabilité de la famille serait engagée.

Cette fiche confidentielle est à l'utilisation du secrétariat et du personnel de vie scolaire de l'établissement, et des professionnels de la santé en cas d'intervention sur l'élève.

(Si vous souhaitez la confidentialité de ces informations, merci de remettre la fiche sous enveloppe cachetée à l'attention du chef d'établissement)

ELEVE

NOM : PRENOMS (*ordre Etat civil*) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de Sécurité Sociale **qui couvre** l'élève : [][][][][][][][][]

Niveau de la classe : ☐ 6^{ème} ☐ 5^{ème} ☐ 4^{ème} ☐ 3^{ème}

EN CAS D'URGENCE Personnes à prévenir immédiatement (inscrivez ces personnes par ordre de priorité)

1[°] personne

NOM et Prénom : Lien avec l'enfant :

N° tél. portable : / / / / / / /

N° tél. professionnel : / / / / / / /

2[°] personne

NOM et Prénom : Lien avec l'enfant :

N° tél. portable : / / / / / / /

N° tél. professionnel : / / / / / / /

3[°] personne

NOM et Prénom : Lien avec l'enfant :

N° tél. portable : / / / / / / /

N° tél. professionnel : / / / / / / /

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone : / / / / / / /

HOSPITALISATION

Je soussigné, **Père**, ou représentant légal
de :

Je soussignée, **Mère**, ou représentante légale
de :

Autorisons le Chef d'Établissement ou toute autre personne qu'il aura mandatée, à prendre les mesures que nécessiterait son état de santé.

Déclarons donner notre accord à toutes mesures de transport, d'hospitalisation et de décision d'intervention chirurgicale urgente qui pourraient être prescrites par les autorités médicales.

Remarques qui pourraient être utiles au médecin des urgences :

.....

.....

- **Allergie à l'aspirine** : ☐ OUI ☐ NON
- **Autres(s) allergie(s) connue(s)** :
- **Antécédent(s) de santé** :

.....

- **Traitement(s) de longue durée en cours** :

.....

- **Groupe sanguin** (si connu): ☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB Rhésus : ☐ + ☐ -

➤ **Indiquez notamment si votre enfant est :**

☐ Atteint d'une **maladie** pouvant nécessiter une prise ponctuelle de médicaments pendant sa présence au collège.

☐ Atteint d'une **maladie de longue durée** nécessitant une prise de médicaments régulière pendant sa présence au collège.

☐ Atteint d'un **handicap ou d'une maladie** pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

☐ Atteint de **troubles de la santé** pouvant avoir un retentissement sur sa vie ou la vie d'autrui au sein de l'établissement.

- **Protocole médical** d'un trouble de la santé validé par le médecin traitant ou spécialiste

Votre enfant possède un PAI OUI ☐ NON ☐

(Si OUI, fournir la copie avec ce dossier)

Maladie, handicap ou troubles de la santé dont souffre votre enfant :

.....

.....

.....

Traitement :

.....

.....

Joindre à ce document la photocopie des vaccinations du carnet de santé

Observations particulières à nous transmettre :

.....

.....

.....

.....

Si votre enfant présente une **maladie contagieuse au cours de sa scolarité, merci d'en **informer la Direction**.**

SIGNATURE DU PERE* Obligatoire
Précédé de la mention « Lu et approuvé »

SIGNATURE DE LA MERE* Obligatoire
Précédé de la mention « Lu et approuvé »

SIGNATURE DE L'ELEVE Obligatoire
Précédé de la mention « Lu et approuvé »

Date :

Date :

Date :

*Ou du représentant l'égal. En présence d'une seule signature, le signataire reconnaît être le seul responsable légal de l'élève