



Groupe Scolaire La Seconde Maison

FICHE DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Cette fiche de santé fournit de l'information de base sur l'état de santé de l'élève. Ces renseignements nous sont nécessaires afin de favoriser les meilleures conditions possibles d'apprentissage et aussi nous permettent de mettre en œuvre une intervention rapide et adéquate en cas d'urgence. Pour tout changement de l'état de santé de votre enfant durant l'année, communiquez avec l'école sans délai.

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Elève (nom et prénom) :

Adresse principale :

.....

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Degré scolaire actuel :

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

ETAT DES VACCINS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des vaccins et des rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			
B.C.G			
Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates des vaccins et des rappels
Hépatite B			
Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Coqueluche			
Autres (à préciser)			

ETAT DES MALADIES INFANTILES

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelles			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme		
Angine			Articulaire aiguë		

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Problème de santé	Oui	Non	Médication (Précisez SVP)
Vision			
Audition			
Langage			
Dentition			
Asthme			
Diabète			
Epilepsie			
Cardiaque			
Autres : (Neurologique, digestif, handicap physique)			

INFORMATION ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé-énurésie maladie, accident , crises convulsives, opérations , rééducation....., en indiquant les dates, ainsi que les mesures à prendre.

.....

.....

.....

.....


.....

.....

Allergies : Arachides Plumes Œufs Antibiotique Piqure d'insectes

Autres (à préciser) :

.....

 : Si l' enfant souffre d'une allergie qui peut mettre sa vie en danger, s'il vous plait informez la direction de l'école sur les mesures préventives à prendre, et la conduite à tenir par courriel à l'adresse électronique suivante : lasecondemaison@gmail.com.

Cachet et signature du médecin traitant :

Cadre réservé aux parents ou au tuteur de l' enfant

Renseignements personnels :

L'élève demeure avec :

Représentant légale

- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| -Père et mère | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Père seulement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Mère seulement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Garde partagée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Tuteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Père

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel (Fixe et GSM) :

Tel (Travail) :

Mère

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel (Fixe et GSM) :

Tel (Travail) :

Tuteur (s'il y a lieu)

Nom et Prénom :

Lien avec l'élève :

Adresse :

Tel (Fixe et GSM) :

Tel (Travail) :

Urgence: (si les parents ne peuvent pas être rejoints)

Nom et Prénom :

Lien avec l'élève :

Adresse :

Tel (Fixe et GSM) :

Tel (Travail) :

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier sur prescription médicale.

Engagement du représentant légal

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant,
..... déclare exacts les renseignements portés sur
cette fiche. J'autorise par la présente, la direction du Groupe scolaire La seconde
maison, à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

.....

Signature :