

FICHE SANTE 2024

Informations sur l'enfant :

NOM / Prénoms : Né(e) le À F G

Informations sur la famille ou le tuteur de l'enfant :

1er Responsable légal

Père Mère Tuteur Autre:.....

NOM / Prénoms :

Adresse :

N° appartement : Etage :

Bât., imm., rés. :

N° et nom de la rue/de la voie :

.....

Tribu de

BP : CP : 988..... Commune :

Téléphones :

Domicile :

Portable :

Adresse mail lisible :

.....@.....

Couvertures sociales :

Cafat N°

Mutuelle : N° :

Aide médicale : N° :

2ème Responsable légal

Père Mère Tuteur Autre:.....

NOM / Prénoms :

Adresse :

N° appartement : Etage :

Bât., imm., rés. :

N° et nom de la rue/de la voie :

.....

Tribu de

BP : CP : 988..... Commune :

Téléphones :

Domicile :

Portable :

Adresse mail lisible :

.....@.....

Couvertures sociales :

Cafat N°

Mutuelle : N° :

Aide médicale : N° :

Médecin traitant : Tél :

Soins : Nous voudrions attirer votre attention sur le fait que les élèves sont parfois en possession de médicaments. Quelque-soit l'apparence anodine de ceux-ci, nous souhaiterions, pour des raisons évidentes de sécurité, que la gestion en revienne exclusivement au responsable de la santé, qu'est l'infirmier scolaire.

Intervention chirurgicale

En cas de nécessité, en dehors de toute urgence, durant le temps scolaire et si vous ne pouvez être avertis, l'établissement peut être amené à conduire votre enfant chez un médecin privé ou au dispensaire de Bourail.

En cas d'urgence, durant le temps scolaire, l'établissement dirigera votre enfant au dispensaire de Bourail pour y recevoir les soins que nécessite son état et contactera au plus vite le responsable légal.

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur

de l'élève Né(e) le à

donne à l'établissement l'autorisation d'organiser son transport vers le centre médical de Bourail.

donne au médecin, l'autorisation de pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état, y compris l'anesthésie générale, et à évacuer mon enfant vers le médipôle.

Date et signature (précédé de la mention "lu et approuvé")

Problèmes de santé de votre enfant	OUI	NON	Traitement (si ordonnance : fournir 1 copie)
Allergie :			
Asthme			
Autre problème respiratoire :			
R.A.A (rhumatisme)			
Souffle au cœur			
Autre problème cardiaque			
Diabète (préciser le type) :			
Problème visuel (préciser) :			
Port de lunettes obligatoire			
Problèmes auditifs (préciser):			
Handicap (préciser) :			
Dyslexie			
Suivi orthophonique			
Epilepsie			
Spasmophilie			
Contre indication au sport (joindre 1 certificat)			
Suivi psychologique			
Autres problèmes (préciser) :			
Informations complémentaires que vous souhaitez porter à notre connaissance :			
.....			
.....			
.....			
.....			