Groupe scolaire Lucien de Hirsch

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Cette fiche est demandée en début d'année. Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, il est de la responsabilité des parents de l'élève de signaler à l'infirmière de l'établissement tout changement concernant l'état de santé de leur enfant.

Nom et Prénom de l'élève : ……	
Né(e) le: ……..	**A: ……**
Classe : ……	

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom/ Prénom : …… **Lien de parenté : ……**	**Nom/ Prénom : ……** **Lien de parenté : ……**
Tél : ……	**Tél : ……**

Médecin referent

Nom: ……..	**Téléphone : ……**

Vaccinations

Veuillez **joindre une copie** du carnet de santé de votre enfant mentionnant soncalendrier vaccinal (BCG, test Mantoux, DTCoqPolio, ROR)
En cas de rappel : Veuillez joindre une copie des rappels de vaccination.

les enfants et adolescents atteints de troubles de santé comme une pathologie chronique (par exemple, l'asthme), une allergie, une intolérance alimentaire doivent fournir obligatoirement le PAI .

Etat de santé

Votre enfant :

A-t-il déjà été hospitalisé ☐ Oui ☐ Non

A-t-il déjà subit une intervention chirurgicale ☐ Oui ☐ Non

Si oui : précisez le motif et la date :…….

Souffre-t-il ?

- **D'allergies :** **Respiratoires** ☐ Oui (……) ☐ Non
  Cutanées ☐ Oui (……) ☐ Non
  Alimentaires ☐ Oui (……) ☐ Non
  Médicamenteuse ☐ Oui (……) ☐ Non

- **D'une affection chronique :** ☐ Oui (……..…) ☐ Non

(Asthme, Epilepsie, Diabète, affections cardiaques, épistaxis, céphalée, autres ……)

Si oui : Précisez les traitements et les précautions particulières à prendre :

……

- **D'une atteinte sensorielle :**

Problème de vue ☐ Oui (….....) ☐ Non

Problème d'audition ☐ Oui (.....) ☐ Non

A-t-il un suivi spécialisé* ? ☐ Oui (……..…..) ☐ Non

*(Psychologique, orthophonique, en psychomotricité, en rééducation fonctionnelle…)

Si oui, merci de joindre, si possible, un compte rendu du dernier bilan effectué.

Si votre enfant doit prendre des médicaments durant le temps scolaire

Veuillez avoir l'amabilité de joindre systématiquement **le formulaire d'autorisation de distribution/d'administration de traitement** aux médicaments correspondants, à remettre en mains propres à l'infirmière de l'école.

Je soussigné(e), M. / Mme ….....agissant en qualité de Père/mère/tuteur de l'élève sus nommé(e), certifie que les informations fournies dans cette fiche médicale sont exactes. J'autorise le service médical scolaire à prendre, en cas d'incident grave ou d'affection à évolution rapide, toutes les mesures d'urgence nécessaires, y compris une éventuelle hospitalisation (hôpital de votre choix.....)

Autres renseignements :

……

……

Paris, le ……/……/…… Signature ……..