



FICHE SANTÉ 2020-2021

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 6 ^e | <input type="checkbox"/> 5 ^e |
| <input type="checkbox"/> 4 ^e | <input type="checkbox"/> 3 ^e |

Pour une meilleure prise en charge de votre enfant,
il est important que cette fiche soit correctement complétée (BO n°1 du 06.01.2000)

Nom : Prénom :

Né(e) le : Classe :

Régime : Externe Demi-pensionnaire

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
.....
.....
.....

N° et Adresse du Centre de Sécurité Sociale :
N° et Adresse de l'Assurance Scolaire :
Médecin traitant et coordonnées :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

| <u>Responsable 1</u> | <u>Responsable 2</u> | <u>Autre personne à prévenir</u> |
|----------------------|----------------------|----------------------------------|
| | | |
| Tél. dom : | Tél. dom. : | Tél. dom. : |
| Tél. Travail : | Tél. travail : | Tél. travail : |
| Portable : | Portable : | Portable : |

FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ EN FAVEUR DES ÉLÈVES

Médicaments : Aucun élève ne doit être en possession de médicaments – Le traitement doit être déposé à l'infirmerie. Dans le cas où l'élève est atteint d'une pathologie chronique, les parents doivent le signaler à l'infirmière en début d'année et joindre le traitement si besoin.

Intervention d'urgence : En cas d'urgence, le SAMU est contacté. La famille est avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné par un responsable légal.**

PAP ET AMÉNAGEMENTS D'EXAMENS

PAP (Projet d'Accueil Personnalisé) pour les élèves « dont les difficultés scolaires résultent d'un trouble des apprentissages » : les parents doivent en faire la demande en début d'année auprès de l'infirmière
Aménagements d'examens : les élèves souhaitant un aménagement des épreuves au Brevet des Collèges doivent se manifester auprès de l'infirmière dès la rentrée. Sans avis favorable du rectorat, aucun aménagement ne sera mis en place.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

| Problèmes de santé de votre enfant | OUI | NON | Traitements Médicaux |
|---|-----|-----|----------------------|
| Asthme Autres | | | |
| Souffle au cœur..... | | | |
| Epilepsie | | | |
| Spasmophilie | | | |
| Diabète | | | |
| Problèmes auditifs | | | |
| Problèmes visuels Myopie Hypermétropie Astigmatisme Lunettes ou lentilles (préciser) | | | |
| Allergies : Alimentaires Médicamenteuses Autres | | | |
| Troubles du langage Dyslexie Autre | | | |
| Handicap Lequel | | | |
| Suivi de votre enfant : Psychologue Orthophoniste Educateur | | | |

Interventions Chirurgicales et Autres Informations :

.....

VACCINATIONS : (Joindre les photocopies des vaccins du carnet de santé)

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée à l'intention de l'infirmière de l'établissement.