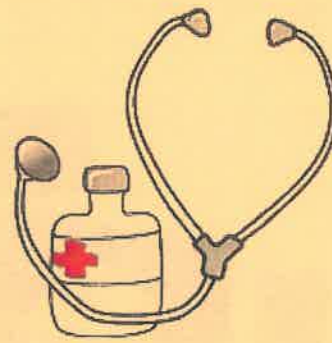


FICHE SANITAIRE



Jeune :

Nom :

Classe :

Prénom :

Date de naissance : .../.../...

N° de sécurité sociale :

Représentant légal: Père Mère

Nom :

Adresse :

CP-Ville :



NUMEROS DE TELEPHONES UTILES



Mère Portable

travail

Père Portable

travail

Autre personne :

Merci de joindre la photocopie des vaccinations du carnet de santé

Nom du médecin traitant :



Mise à jour des vaccinations (obligatoires)

Poliomyélite/diphtérique/tétanique/coqueluche : injection de rappel le :

BCG : injection de rappel le :

Votre enfant a-t-il bénéficié l'année dernière d'un aménagement scolaire ? OUI NON

Si OUI, lequel ? PAI PPS PAP 1/3 TPS

Autre :

Souhaitez-vous le renouveler cette année : OUI NON

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, traitement en cours, précautions particulières...) :

En cas de traitement spécifique, remettre au secrétariat l'ordonnance et les médicaments du jeune. Toutes modifications importantes concernant l'état de santé d'un enfant durant sa scolarité (maladie grave, handicapé, etc) seront signalées à la MFR.

Signature du représentant légal :



AUTORISATION DE SOINS

Nous vous informons que l'établissement n'est pas habilité à prodiguer des soins, à donner des médicaments, à transporter votre enfant sur un lieu médical. En cas d'urgence, les mesures nécessaires seront prises par nos soins (pompiers, SAMU).

Nous soussignons, Madame, Monsieur :

Responsables légaux du jeune :

Autorisons la chef d'établissement ou autre membre de l'équipe :

- A prodiguer les soins nécessaires à mon enfant par le médecin disponible le plus proche ou de garde la nuit.
- A faire hospitaliser notre enfant en cas d'urgence et autorisons l'anesthésiste au cas où, il serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Antécédents, maladies :

Antécédents opératoires :

Allergies (préciser) :

Contres indications médicales :

Fait à :

Le :

Signature(s) de(s) parent(s)

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :



REGIME ALIMENTAIRE

Existe-t il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si oui, lequel : _____

Existe-t il des allergies alimentaires ? Oui Non

Si oui, la ou lesquelles :

- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

**Merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical.*

Observations utiles que vous jugez bon de porter à notre connaissance : _____

Fait à :

Le :

Signature(s) de(s) parent(s)



NOM:.....

Prénom:

Classe :

Demi-pensionnaire Interne

Dossier sanitaire

A compléter :

- Fiche sanitaire
- Autorisation de soins
- Régime alimentaire (certificat médical)

