

FICHE DE SANTÉ

Confidentiel, à remettre sous enveloppe cachetée
A l'usage de l'infirmière

LYCÉE JEAN MONNET

1, place de Lattre de Tassigny
BP 241
74106 ANNEMASSE CEDEX
Tel : 04.50.87.18.36
Fax : 04.50.87.12.97

Fiche remplie le :

Nom :

Prénom :

PHOTO

Né le :

à :

Nationalité :

Classe :

Int 1/2 pens Ext

Adresse :

N° sécurité sociale :

Téléphone (en cas d'urgence) :

Domicile :

Travail du père : Portable :

Travail de la mère : Portable :

Autre personne susceptible de vous prévenir

Nom : Tel :

Nom, prénom, profession du père :

Nom, prénom, profession de la mère :

Nombre d'enfants et âges :

Autorisation de soins

Je soussigné(e), Nom :..... Prénom :.....
Déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au SAMU(15) et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant. Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.

Signature : Père :. Mère : . Tuteur :.

Si l'enfant est inapte partiellement ou totalement à l'éducation physique il devra fournir un certificat médical.

Vaccinations :

Une vaccination antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique complète est exigée pour l'admission. S'il y a une contre-indication, fournir un certificat médical.

Veillez donner les dates de vaccinations et des rappels ou donner une **photocopie du carnet de santé.**

Vaccins obligatoires :

DT Polio :
BCG et IDR :

Vaccins recommandés :

ROR : dose n°1.....dose n°2.....
Hépatite B :

Nom, adresse, n° téléphone du médecin de famille :

Renseignements divers :

La famille est invitée, dans l'intérêt de l'enfant, à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

Groupe sanguin (s'il est connu) :.....
L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ?.....
Si oui, laquelle ?.....

A-t-il eu ces maladies ?
Oreillons : Hépatite :
Rubéole : Varicelle :.....
Rougeole : Scarlatine :

Fait-il des **allergies** ? Si oui, à quoi ?

A-t-il bénéficié d'un **PAI** (Protocole d'accueil individualisé) : si oui, indication médicamenteuse avec ordonnance du médecin traitant en cas de crise et contre indication médicamenteuse :

Donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière (asthme, convulsions, épilepsie, diabète, malaises, troubles nerveux, troubles cardiaques, traitement en cours, séquelles d'accidents, ...) :

Si l'enfant suit actuellement un traitement médical, celui-ci doit être déposé à l'infirmerie avec l'ordonnance actualisée du médecin traitant.

Handicap : Visuel : Auditif :.....
Statique :..... Langage :.....
(dys.....)

Dernier établissement scolaire fréquenté :