

FICHE SANTE

Nom :

Classe :

Prénom :

Date de naissance :

Nom du représentant légal : Père Mère

Adresse :

NUMEROS DE TELEPHONES UTILES

Domicile parents :

Elève :

Père → Travail :

Portable :

Mère → Travail :

Portable :

Téléphone :

Autre personne : Nom/Prénoms :

Lien avec l'élève :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'établissement.

Merci de joindre la photocopie des vaccinations du carnet de santé.

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Si votre enfant suit un traitement médical régulier ou ponctuel, merci de déposer à l'infirmierie le duplicata de l'ordonnance ainsi que les médicaments.

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

Si OUI, lequel ? PAI PPS PAP 1/3 TEMPS CNED

Autre :

Souhaitez-vous le renouveler cette année ? OUI NON

Signature du représentant légal :

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

IMPORTANT : ce document est **NON CONFIDENTIEL**. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du Médecin scolaire, de l'infirmière ou vous présenter à l'infirmierie le jour de la rentrée.