FICHE SANITAIRE - ANNÉE 2020-2021

NOM :_____ **PRÉNOM :** _____

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. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné du représentant légal.

Noms et numéro des parents à appeler en cas d'urgence : _____

Nom – Adresse – N° de téléphone du médecin traitant : _____

VACCINATIONS Date du dernier vaccin anti-tétanique (ou DTpolio ou Tétracoq) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

OBLIGATION de fournir la photocopie du carnet de santé de l'enfant, pages vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

➢ L'enfant suit-il un **TRAITEMENT MÉDICAL** ? ❒ OUI ❒ NON

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

➢ **ALLERGIES**

ASTHME : ❒ OUI ❒ NON MÉDICAMENTEUSES : ❒ OUI ❒ NON

ALIMENTAIRES : ❒ OUI ❒ NON AUTRES : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

_____

_____

_____

➢ **MALADIES** déjà contractées par l'enfant

RUBÉOLE ❒ OUI VARICELLE ❒ OUI ANGINE ❒ OUI COQUELUCHE ❒ OUI OREILLONS ❒ OUI OTITE ❒ OUI
ROUGEOLE ❒ OUI SCARLATINE ❒ OUI RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ❒ OUI

➢ Indiquer si nécessaire les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** en précisant les dates et les précautions à prendre

_____

_____

_____

➢ **RENSEIGNEMENTS UTILES** (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ...) :

Doit-il les retirer pendant les récréations ou les cours d'Éducation Physique et Sportive : ❒ OUI ❒ NON

_____

_____

_____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant,

- autorise le responsable de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant : ❒ OUI ❒ NON
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissances du règlements intérieur des services péri et extra scolaires organisés par la commune de Bouzy-la-Forêt.

Date : Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) :