FICHE MEDICALE 2022-2023

NOM DE L'ELEVE…….

PRENOM DE L'ELEVE…….

Classe et établissement scolaire pour 2022-2023…….

Date de naissance : …….

RESPONSABLE LEGAL DE L'ELEVE

Nom et Prénom :……

Adresse : …….

Code postal :……. Ville :…….

N° téléphone domicile :…../…../…../…../….. travail :…../…../…../…../…..

Portable père : …../…../…../…../…../….. Portable mère : …../…../…../…../…..

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ET COMPLEMENTAIRE SANTE

☐ Sécurité Sociale ☐ MSA ☐ CMU N° d'assuré social

Caisse complémentaire (nom de l'organisme)…….

Adresse de l'organisme ……

N° de contrat ……..

Joindre l'attestation de droits à assurance maladie et la copie de la carte de mutuelle

DATES DES VACCINATIONS BCG :……. **DT POLIO** : ……
ANTITETANIQUE : date du dernier rappel…….

GROUPE SANGUIN FACTEUR :…… **RHESUS** : …….

MEDECIN TRAITANT Nom :……..

Adresse :…….

Joindre certificat de vaccination ou copie du carnet de santé (vaccinations)

ANTECEDENTS MEDICAUX ET MEDICAMENTS (maladie, hospitalisation, intervention chirurgicale …)
……
……

Traitements en cours (*nous fournir copie de l'ordonnance en cours de validité*)

……

ALLERGIES - INTOLERANCES

L'enfant souffre-t-il d'allergie ou d'intolérance (y compris médicamenteuse) ?

……

Quels sont les symptômes ? ……

Quelle est la conduite à tenir en cas d'apparition des symptômes ?.....

……

P.A.I. (Plan d'Accueil Individualisé) :

Votre enfant faisait-il l'objet d'un PAI dans son établissement scolaire ?.....

Dans l'affirmative, merci de nous en fournir copie.

Les surveillants ou les personnels administratifs de l'établissement donneront un comprimé de paracétamol (type Doliprane, Dafalgan ou Efferalgan) aux élèves souffrant de maux de tête, un comprimé de Lysopaïne aux élèves souffrant de maux de gorge, un comprimé de Spasfon-Lyoc aux élèves souffrant de maux de ventre, **si l'établissement est en possession d'un certificat médical de votre médecin traitant autorisant la délivrance pour votre enfant et selon la posologie normale du ou des médicaments susnommés, avec avis de non contre-indication**.

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

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné (e), (nom et prénom):……,

Agissant en qualité de responsable légal de l'enfant (nom et prénom) :……

……

Autorise :

- les médecins de l'hôpital ou de la clinique où sera conduit mon enfant à pratiquer tous soins, interventions, actes chirurgicaux et anesthésies nécessités par l'état de santé de mon enfant,
- en mon absence, autorise mon fils à sortir de l'hôpital (ou clinique) accompagné d'un membre de l'équipe éducative de l'internat ND de Pontmain ou de l'association internat Notre Dame de Pontmain.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :
Signature du responsable légal de l'élève :