|  |  |
| --- | --- |
| Lycée Robert SCHUMAN10 Route d'Ugny – 02300 CHAUNYTél. 03 23 39 17 17 – Fax : 03 23 39 17 19 |  |

FICHE SANTE 2021/2022

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux, elle évite de vous démunir du carnet de santé.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I - ELEVE/ETUDIANT | NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SEXE | Garçon |  |  | Fille |  |

|  |  |
| --- | --- |
| II - VACCINATIONS | (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)ANTIPOLIOMYELITE – ANTIDHTERIQUE – ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE |
|  |  | VACCINS PRATIQUES | DATES |
| Précisez s'il s'agit :  |  |  |  |
| - du DT polio |  |  |  |
| - du DT coq |  |  |  |
| - du Trétacocq |  |  |  |
|  | RAPPELS |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE | AUTRES VACCINS |
|  | DATES |  | DATES | VACCINS PRATIQUES | DATES |
| 1er VACCIN |  | VACCIN |  |  |  |
| REVACCINATION |  | 1er RAPPEL |  |  |  |

SI L'ELEVE/ETUDIANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NATURE | DATES |
| INJECTIONS DE SERUM |  |  |
|  |  |  |

III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : L'ELEVE/ETUDIANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | VARICELLE |  | ANGINES |  | RHUMATISMES |  | SCARLATINE |
| NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COQUELUCHE |  | OTITES |  | ASTHME |  | ROUGEOLE |  | OREILLONS |
| NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |  | NON |  | OUI |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EN CAS D’URGENCE :

A QUEL NUMERO PEUT-ON VOUS JOINDRE : Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OU N° D’UN PARENT OU VOISIN : M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'élève/étudiant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'élève/étudiant.

DATE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature.