

FICHE SANTE 2022/2023

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

I - ELEVE/
ETUDIANT

NOM : _____ PRENOM : _____
 SEXE Garçon Fille DATE DE NAISSANCE : _____
 Classe : _____

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 Trétacoq <u>RAPPELS</u>		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 ^{er} VACCIN		VACCIN			
REVACCINATION		1 ^{er} 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	
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> 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.