



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(A remettre au service médical scolaire)

Afin de nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous demandons de remplir ce questionnaire et d'y joindre la **PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATIONS** de son carnet de santé.
Pour respecter la confidentialité des informations médicales veuillez mettre le tout sous pli fermé à l'ordre du service de santé de Fénélon

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE	COORDONNÉES des PARENTS
Nom :	Adresse :
Prénom :
Né(e) le :	Tél. domicile :
Lieu de naissance :	Profession père :
N° de sécurité sociale :	Tél. portable :
Nationalité :	Profession mère :
Nom et adresse de l'établissement scolaire précédent :	Tél. portable :

Si parents absents personne à contacter :

Tél :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

Nom du médecin traitant :

Adresse : Téléphone :

L'élève :

- a-t-il un problème de santé ?
(Asthme, diabète, épilepsie...)
- a-t-il des allergies : Alimentaire : NON OUI (si oui joindre le protocole d'intervention rempli par médecin)
Médicamenteuse : NON OUI - à quel médicament ? :

Autres :

Toute médication prise sur temps scolaire nécessite la constitution d'un P.A.I (Plan d'Accompagnement Individualisé), le cas échéant, se rapprocher de l'Aide-Soignante de l'établissement.

Est-il suivi dans une consultation spécialisée ?

Si oui, laquelle ?

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Monsieur et/ou Madame.....

Père/mère de Elève en classe de

Autorise, en cas d'urgence, le Chef d'Etablissement à faire transporter mon enfant dans l'hôpital le plus proche. L'établissement s'engage à prévenir la famille dans les plus brefs délais.

Date :

Signature :