

PHOTOGRAPHIE  
RECENTE  
A COLLER

Affectation  
classe  
Rentrée 2017 :

## FICHE D'INFORMATIONS SUR LA SANTE

A l'attention des parents

Valable pour l'année scolaire 2017/2018

A retourner au Service de Promotion de la Santé scolaire de l'EGD

Nom de l'élève : .....

Prénom : .....

Garçon  Fille Né(e) le : / / à : .....

Nationalité :

Classe d'origine : Etablissement d'origine :

Boursier  Non Boursier

Régime restaurant scolaire :

- Interne  
 Demi-pensionnaire Abonné  
 Carte cafétéria  
 Externe

### >> CADRE DE VIE

L'enfant vit-il chez ses parents ?  Oui  Non

Si non, chez qui vit-il ? .....

### >> COMPOSITION DE LA FAMILLE

	Nom	Prénom	Adresse	Tél bureau	Num. GSM
Père					
Mère					
Correspondant					

			Classe	Ecole	
Fratie					
Fratie					
Fratie					

### >> Personnes à prévenir en cas d'urgence

NOMS :

TELEPHONE :

L'élève accidenté ou malade est évacué vers l'hôpital le plus proche et adéquat. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou du représentant légal.

J'autorise, en cas de nécessité, l'administration de médicaments à mon enfant par le service de santé scolaire

OUI

NON

### >> VACCINATIONS : Date du dernier rappel à préciser

1) V Obligatoires

2) V Recommandées

D.T. Polio :

ROR :

B.C.G. :

Méningocoque :

Test tuberculique :

Hépatite B :

Coqueluche :

Autres vaccins :

**Merci de joindre au dossier la photocopie du carnet de vaccinations**

>> ANTECEDENTS MEDICAUX

Cocher la case correspondante :

- VARICELLE       ROUGEOLE       RUBEOLE       OREILLONS       OTITE
- HEPATITE A/B       MENINGITE       CONVULSION       PERTE DE CONNAISSANCE
- EPILEPSIE       TETANIE       ASTHME       PALUDISME       DREPANOCYTOSE
- AUTRE :

>> VOTRE ENFANT PRESENTE T-IL DES ALLERGIES ?     OUI       NON      Si oui, à préciser

MEDICAMENTEUSE :                      ALIMENTAIRE :                      AUTRE :

MEDICAMENTS CONTRE-INDIQUE :

>> SI VOTRE ENFANT A CONSULTE UN SPECIALISTE, NOTER LA DATE DU DERNIER RENDEZ-VOUS

OPHTALMO :                      DERMATO :                      ORL :                      DENTISTE :

PSYCHOLOGUE :                      ORTHOPHONISTE :                      AUTRE :

>> ANTECEDENTS CHIRURGICAUX QUE VOUS SOUHAITERIEZ SIGNALER :

AUTRES OBSERVATIONS QUE VOUS SOUHAITERIEZ COMMUNIQUER, RELATIVE A L'ELEVE CONCERNANT SA SANTE OU SON ADAPTATION A L'ECOLE :

>> Précautions à prendre pour certaines activités physiques

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) :

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) :

>> Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant ci-dessus,  
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date

signature