

## FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE 2022-2023

***Cette fiche est demandée une seule fois, pour toute la durée de la scolarité de l'élève. Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, il est de la responsabilité des parents de l'élève de signaler à l'infirmière de l'établissement tout changement concernant l'état de santé de leur enfant, à tout moment de leur scolarisation au LVH.***

Nom et Prénom de l'élève : .....		PHOTO
Né(e) le: .....	A: .....	
Classe : .....		
Taille : .....cm	Groupe sanguin : ..... (si connu)	
Poids : .....kg		

### Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom/ Prénom : .....	Nom/ Prénom : .....
Lien de parenté : .....	Lien de parenté : .....
<u>TEL :</u>	<u>TEL :</u>

### Médecin référent

Nom: .....	Téléphone: .....
------------	------------------

### **Vaccinations**

**Pour les nouveaux élèves :** Veuillez joindre une copie du carnet de santé de votre enfant mentionnant son calendrier vaccinal (BCG, test Mantoux, DTCqPolio, ROR)  
**En cas de rappel :** Veuillez joindre une copie des rappels de vaccination.

**Etat de santé**

**Votre enfant :**

**A-t'il déjà été hospitalisé**  Oui  Non

**A-t'il déjà subi une intervention chirurgicale**  Oui  Non

Si oui : précisez le motif et la date : .....

**Souffre-t-il ?**

- **D'allergies** : Respiratoires  Oui (.....)  Non

Cutanées  Oui (.....)  Non

Alimentaires  Oui (.....)  Non

Médicamenteuse  Oui (.....)  Non

• **Inscription à la cantine scolaire**  Oui  Non

- **D'une affection chronique** :  Oui (.....)  Non

(Asthme, Epilepsie, Diabète, affections cardiaques, épistaxis, céphalée, autres .....

Si oui : Précisez les traitements et les précautions particulières à prendre :

.....

- **D'une atteinte sensorielle** :

**Problème de vue**  Oui (.....)  Non

**Problème d'audition**  Oui (.....)  Non

**A-t-il un suivi spécialisé\* ?**  Oui (.....)  Non

\*(Psychologique, orthophonique, en psychomotricité, en rééducation fonctionnelle...)

Si oui, merci de joindre, si possible, un compte rendu du dernier bilan effectué.

**Si votre enfant doit prendre des médicaments durant le temps scolaire**

Veuillez avoir l'amabilité de joindre systématiquement **le formulaire d'autorisation de distribution/d'administration de traitement** (téléchargeable sur le site internet de notre école) aux médicaments correspondants, à remettre en mains propres au service médical scolaire.

**Je soussigné(e), M. / Mme .....agissant en qualité de Père/mère/tuteur de l'élève sus nommé(e), certifie que les informations fournies dans cette fiche médicale sont exactes. J'autorise le service médical scolaire à prendre, en cas d'incident grave ou d'affection à évolution rapide, toutes les mesures d'urgence nécessaires, y compris une éventuelle hospitalisation (hôpital de votre choix :.....)**

Sofia, le ...../...../.....

Signature .....