

Merci de fournir obligatoirement une photocopie de toutes les pages de vaccination du carnet de santé de l'élève même si ces pages sont vierges.

- **Vaccinations obligatoires :** DTP dont le dernier rappel doit dater de moins de cinq ans.

Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, faire vacciner l'élève dès maintenant, sauf contre-indication sur un certificat médical annuel (à fournir).

- **L'élève qui suit un traitement médical doit apporter ses médicaments à l'infirmerie avec un double de l'ordonnance.**
- **La prise de médicaments en dehors de l'infirmerie est interdite dans l'établissement.**

Les maladies et accidents survenus en dehors de l'établissement doivent être pris en charge par les parents avant l'arrivée au collège.

En cas d'urgence, il sera fait appel au SAMU (15). C'est le médecin du 15 qui décidera des mesures les plus appropriées à l'état de santé de l'élève.

Merci beaucoup d'avoir renseigné ces questions :

Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....
Responsable légal, déclare avoir pris connaissance de ce document.

Date :/...../.....

Signature du responsable légal :

FICHE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Document soumis au secret médical et professionnel.

Transmettre cette fiche dans une enveloppe cachetée

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : Prénom :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Vient de l'école :
 Classe niveau 202../20.. :

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Responsable légal 1 :
 Adresse :
 Profession :
 Tel portable..... Travail :

Responsable légal 2 :
 Adresse :
 Profession :
 Tel portable : Travail :

Tiers à contacter en cas d'urgence si responsable 1 ou 2 non joignables (grands-parents, voisin...indiquer le nom de la personne + téléphone) :

Autres enfants composant la famille :

	Nom – Prénom	Date de naissance	Classe ou Profession
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

Afin de connaître votre enfant nous vous invitons à poursuivre ce questionnaire.

VIE QUOTIDIENNE

Rencontre-t-il des problèmes d'alimentation ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui lesquels ? :

A-t-il des activités extrascolaires, sport et/ou culturelle ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui lesquelles ? :

Sommeil : heure du coucher : Heure du lever :
 Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de sommeil ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui lesquels ? :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

A-t-il eu des problèmes de santé (maladie, allergie, accident, opération, hospitalisations)

Votre enfant a-t-il un suivi auprès d'un spécialiste ? ☐ Oui ☐ Non

	Nom du spécialiste	Date début suivi	Date du dernier RV ou du prochain RV
Allergologue			
Ophtalmologue			
ORL			
Dentiste			
Orthophoniste			
Orthoptiste			
Psychologue			
Autre(s)			

Merci de joindre les bilans réalisés.

Nom du médecin traitant :

Votre enfant a-t-il :

- Un traitement à prendre régulièrement : ☐ Oui ☐ Non
Si oui lequel ? :
- **Une allergie alimentaire ? laquelle ? Un trouble alimentaire ?**
.....
.....
- **Une autre allergie ?**
.....
.....
- **Déjà bénéficié d'un P.A.I ? (Projet d'Accueil Individualisé)**
.....
- **Souhaitez-vous mettre en place un PAI au sein du collège ?**
.....
- **Un trouble du langage oral ou écrit ? Joindre le dernier bilan.**
.....
- **Bénéficié d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) ?**
.....
.....
- **Une indication à certain médicament ?**
.....
.....

CONFORMÉMENT AU BULLETIN OFFICIEL N°9 DU 4 MARS 2021, LES PARENTS SONT TENUS D'INFORMER L'INFIRMIÈRE DU COLLÈGE DE TOUT CHANGEMENT DE PROBLÈME DE SANTÉ SURVENANT POUR LEUR ENFANT AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE.