



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 2020 – 2021

L'ELEVE ET SON RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom : Classe : Date de naissance :
Coordonnées du (des) responsable(s) léga(aux)l :
.....
..... domicile mobile

LE SUIVI MEDICAL

Si l'élève a un suivi médical, veuillez rencontrer l'infirmière.

> Avez-vous des éléments importants à communiquer sur l'état de santé de votre enfant ?

> Votre enfant est-il soigné pour maladie ? oui non

Si oui, laquelle ? Traitement en cours :

Si oui, un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) est à demander à l'Infirmier.

> Contre-indications médicales éventuelles :

> Antécédents médicaux/chirurgicaux récents :

> Groupe sanguin : (si connu)

> Votre enfant présente-t-il de l'asthme ? oui non

Si oui, un protocole d'intervention à compléter par votre médecin est à demander à l'infirmier.

> Votre enfant souffre-t-il d'allergie ?

oui non Si oui, de quoi ?

Si l'allergie est alimentaire, un PAI est à demander à l'Infirmier.

> Votre enfant présente-t-il des troubles de l'apprentissage ?

dyslexie dysorthographe dyscalculie dyspraxie

Est-il suivi ?

A-t-il un suivi MDPH ? oui non Bénéficie-t-il d'un PAP (PADYS) ? oui non

Avez-vous fait ou ferez-vous une demande d'aménagement aux examens ? oui non

> Quelles maladies infantiles votre enfant a-t-il eues ?

Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle Coqueluche Oreillons

> Vaccins obligatoires : veuillez indiquer la date du dernier vaccin.

. Diphthérie-Tétanos Polio (DTP ou DTCP) :

. Pour les élèves en BTS ABM : Hépatite B : Typhoïde : BCG :

EN CAS D'URGENCE

> La famille est immédiatement avertie, selon les coordonnées figurant en haut de cette feuille.

En cas d'absence des Parents, veuillez indiquer la personne à prévenir :

Nom Prénom

Adresse

☎ dom ☎ travail ☎ mobile

> Nom du médecin traitant :

N° et adresse du Centre de Sécurité Sociale :

N° et adresse de votre Mutuelle :

> DELEGATION DE POUVOIR :

Je soussigné,, père, mère, responsable légal de

autorise M. le Directeur de l'Institut Saint-Dominique, à prendre toute décision concernant l'hospitalisation ou une éventuelle intervention chirurgicale pour mon enfant.

Lieu d'hospitalisation souhaité : l'Hôpital la clinique

Date, et signature des Parents et/ou du responsable légal