



## 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