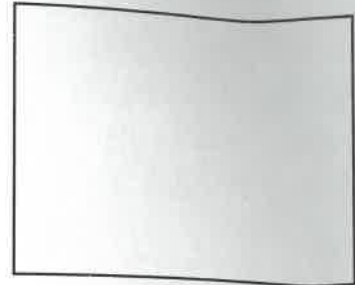




Année Scolaire 2024-2025

PHOTO



Feuille de renseignements concernant les nouveaux élèves qui sera conservée à l'infirmérie pendant toute la scolarité de l'élève.

Madame DELACUISINE

DANS L'INTERET DE VOTRE ENFANT, VEUILLEZ REMPLIR LE PRESENT IMPRIME AVEC PRECISION ET LE RETOURNER A L'ACCUEIL POUR LE

IDENTIFICATION DE L'ELEVE

NOM élève: _____ **PRENOM de l'élève :** _____
Date de naissance : _____ **Classe :** _____
Sexe : F M **Régime :** Externe DP

PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX

NOM	PRENOM	PORTABLE	DOMICILE	TRAVAIL	PROFESSION
Père :					
Mère :					
Adresse Père :					
Adresse mère :					
Si vous êtes absents :					

En cas d'urgences, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgences vers l'hôpital le plus adapté. La famille est impérativement avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents médicaux : OUI NON
Antécédents chirurgicaux : OUI NON
Souffre-t-i d'allergies (alimentaires, médicamenteuses ou autres) ? OUI NON
 Si oui, lesquelles ?
Quel est son traitement ?
 Est-il asthmatique ? OUI NON **Quel est son traitement ?**
 Souffre-t-il d'une maladie ? OUI NON **La ou lesquelles ?**
 Prend-il un traitement ? OUI NON **Lequel ?**
 Est-il sujet à la crise de : Spasmophilie **Tétanie Epilepsie**
 Suit-il un traitement ? oui NON **Lequel ?**

Aucun médicament ne peut être pris sans l'ordonnance du médecin.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'infirmérie :

LES VACCINATIONS

Joindre une copie du carnet de santé pour les vaccinations obligatoires

B.C.G.

Date :

D.T. polio avec rappel tous les cinq ans

Date :

Ainsi que le vaccin contre la rubéole, la rougeole, les oreillons

Date :

NOM, ADRESSE, TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

...

...

...

Dans l'impossibilité de vous contacter par téléphone, vous souhaitez que votre enfant soit admis à l'hôpital ou la clinique ?

Nom :

Adresse :

Téléphone :

EN CAS D'URGENCE :

Votre enfant sera admis à l'hôpital choisi par le médecin qui aura examiné votre enfant.

Nom et Adresse de l'école fréquentée l'année précédente:

En classe de :

Êtes-vous affiliés à une caisse de Sécurité Sociale ?

OUI

NON

Êtes-vous assurés à une complémentaire ?

OUI

NON

L'élève a-t-il été opéré des amygdales ?

OUI

NON

L'élève a-t-il été opéré des végétations ?

OUI

NON

A-t-il subi une opération chirurgicale ?

OUI

NON

Si oui, laquelle ?

A-t-il eu des maladies infantiles ?

OUI

NON

Si oui, lesquelles ?

Autres maladies :

OUI

NON

Si oui, lesquelles

Contre-indication à certains médicaments ?

OUI

NON

Contre-indication à certaines pommades ?

OUI

NON

Contre-indication à certains antiseptiques ?

OUI

NON

Contre-indication aux gants latex ?

OUI

NON

LES MEDICAMENTS QUE VOTRE ENFANT SERAIT SUSCEPTIBLE DE PRENDRE DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE DEPOSES A L'INFIRMERIE.

IMPORTANT : Observations éventuelles concernant l'état de santé de votre enfant et en particulier celles relatives à la pratique du sport :

Date et signature :