Ecole et Collège Sainte-Thérèse
BOUGIVAL

FICHE SANTE 2024-2025
(2 pages à compléter 1/2)

Nom et Prénom de l'élève : ……
Date de naissance :…….

Parents ou responsable légal :
Nom, Prénom : …….
Adresse : ……..

Code postal : …… Commune : …….

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : ……

Téléphone domicile :		E.Mail :	
Téléphone travail père :		Portable :	
Téléphone travail mère :		Portable :	

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

1 - M ……

Tél. : ……

2 - M …….

Tél. : ……..

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un responsable légal.

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.
Elles sont susceptibles d'être transmises aux services médicaux d'urgence, si besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS…), aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux…).
Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI et titre du PPS dont il bénéficie.
Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Fait à …… le ……

Signature :

Ecole et Collège Sainte-Thérèse
BOUGIVAL

FICHE SANTE 2024-2025
(2 pages à compléter 2/2)

NOM : …… Prénom : ..... Date de naissance : …….
Classe : …….

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Vaccins pratiqués	Dates	Vaccins pratiqués	Dates
Antipoliomyélitique		Antituberculeuse	
Antidiphtérique		Injection de sérum	
Antitétanique		-	
Anticoquelucheuse		Autres vaccins	

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	OUI	NON
Varicelle		
Rhumatismes		
Angines		
Scarlatine		
Rubéole		

	OUI	NON
Otites		
Oreillons		
Coqueluche		
Rougeole		

Complément d'informations jugé nécessaire par la famille

Votre enfant connaît-il un problème de santé entraînant des manifestations pouvant survenir à tout moment ? (Asthme, Allergie, crises convulsives, épilepsie ou autres…) ? Lesquelles ?

Indiquez ici les troubles de santé vécus par votre enfant en particulier s'ils peuvent entraîner un retentissement scolaire ou des difficultés particulières (maladies, accidents, opérations, rééducations…)

Problème visuel, auditif ….
Votre enfant doit il porter des lunettes en classe OUI NON

Dyslexie, dysorthographie, dysphasie….

Problème psychomoteur, rééducation….

L'enfant suit-il un traitement permanent ?	OUI	NON
Si OUI, pour quelles raisons ? **Dans le cas d'un Traitement Quotidien, la famille aura préalablement établi un protocole d'accord avec le chef d'établissement**		

Votre enfant a-t-il un PAI ? OUI NON
Pour quelles raisons ?

Attention, l'établissement ne peut ni prescrire,
ni délivrer de médicaments en dehors d'un PAI