



FICHE SANITAIRE

Année scolaire 2017 / 2018

NOM :	PRENOM :
CLASSE :	Date de naissance :
STATUT : Externe ½ pensionnaire Interne	Etablissement fréquenté l'année dernière :

Personnes responsables de l'enfant (entourez la bonne réponse)
 Parents Père Mère tuteurs autre :

Situation familiale des parents (entourez la bonne réponse)
 Marié concubin veuf (ve) divorcé séparé célibataire

Nom, prénom et adresse des parents ou du représentant légal

En cas d'accident ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir rapidement la famille.

PERE	MERE
N° domicile :	N° domicile :
N° de travail :	N° de travail :
N° de portable :	N° portable :

Nom et N° d'une personne pouvant vous prévenir rapidement	Nom et N° du médecin traitant
--	--

Veillez joindre une copie de l'attestation de sécurité sociale ou de CMU, qui sera utile en cas d'hospitalisation d'urgence. Merci

Avez-vous souscrit un contrat avec une mutuelle ? **OUI** **NON**

VACCINATIONS (Joindre une photocopie du carnet de santé)
 Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ANTECEDENTS MEDICAUX :

L'enfant a-t-il des problèmes de santé du type :

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Autre :.....
..... |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Eczéma | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil | |

Votre enfant prend-il des médicaments à la maison ou sur le temps scolaire ? **OUI** **NON**
Si oui, lesquels et quand?

ALLERGIES : Précisez la manifestation allergique (œdème, éruption cutanée, vomissements...) :.....

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Médicamenteuse :..... |
| <input type="checkbox"/> Alimentaire :..... | <input type="checkbox"/> Autres :..... |

REGIME ALIMENTAIRE : L'enfant suit-il un régime particulier ? **OUI** **NON**

Si oui, précisez.....

SUIVI PARTICULIER :

Votre enfant est-il connu pour :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'attention | <input type="checkbox"/> Dysorthographe | <input type="checkbox"/> Troubles des apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Dyslexie | <input type="checkbox"/> Dyspraxie | |
| <input type="checkbox"/> Dyscalculie | | <input type="checkbox"/> Autre :..... |

Votre enfant est-il suivi par :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Autre..... |

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement particulier en cours pendant l'année 2016/2017 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aucun | <input type="checkbox"/> AVS (si prise en charge par MDPH) |
| <input type="checkbox"/> PAP (si aménagements pédagogiques) | <input type="checkbox"/> PPS (si prise en charge par MDPH) |
| <input type="checkbox"/> ordinateur | <input type="checkbox"/> PAI (si prise de médicaments) |

Avez-vous des recommandations particulières (port de lunettes, lentilles, prothèses...)?

.....
.....
.....

Date et signature :