

DOSSIER SANTÉ SCOLAIRE
Ecole J . Prévert

Le suivi de la santé de votre (vos) enfant(s) est effectué par une infirmière qui assure une permanence journalière à l'infirmerie du lycée.

Les modalités des soins et des urgences assurés par l'infirmière, ainsi que les dispositions prises en cas d'absence de celle-ci figurent dans le règlement intérieur du lycée.

A l'inscription, un dossier-santé est ouvert au nom de chaque enfant. Afin de l'établir, ou de tenir à jour, des renseignements vous sont demandés en début d'année. Vous êtes priés de remplir, **avec précision**, les fiches distribuées à cet effet.

Pour une première inscription

- **Une fiche médicale** confidentielle à remplir pour **chaque** enfant (sous enveloppe fermée adressée à l'infirmière).
- **Une fiche familiale d'urgence**, non confidentielle, afin de répondre au mieux aux situations d'urgence pouvant toucher votre (vos) enfant(s), quel que soit le personnel présent.
- Une photocopie du carnet de vaccination **complet** à joindre **obligatoirement** à la fiche médicale confidentielle.

ABIDJAN

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de votre enfant, vous êtes priés de remplir cette fiche **avec précision** et de la retourner sous enveloppe fermée adressée à l'infirmière (**le secret médical est garanti**).

IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **CLASSE :** _____
 Né(e) le : _____ à : _____ Nationalité : _____
 Adresse : _____
 Sexe* : garçon fille Nombre de frères et sœurs : _____
 Profession du père : _____
 Profession de la mère : _____
 Profession du tuteur : _____

VACCINATIONS

Joindre à cette fiche une photocopie de **tous** les carnets de vaccination (**obligatoire**)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Y-a-t-il des problèmes médicaux dans la famille (parents, frères, sœurs) ?*

- Diabète Hypertension Problèmes pulmonaires Problèmes cardiaques Drépanocytose
- Autres, précisez : _____

Votre enfant a-t-il eu des difficultés dans la 1^{ère} enfance ?*

- NON
 OUI - lesquelles (marche, langage, traumatisme psychologique, accident...)?

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?*

- NON
 OUI - lesquelles et en quelle année ?

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?*

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Hépatite (A-B- autre)	<input type="checkbox"/> Perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Convulsions
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Crise de tétanie	<input type="checkbox"/> Saignement de nez
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> RAA	<input type="checkbox"/> Verrues plantaires
<input type="checkbox"/> Oreillon	<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Autres (précisez)
		<input type="checkbox"/> Drépanocytose			

FICHE FAMILIALE D'URGENCE
Annuelle – non confidentielle* - une fiche par famille

VOS ENFANTS INSCRITS DANS L'ETABLISSEMENT				Date du dernier rappel DTP	Observations utiles
NOM	PRENOM	SEXE	CLASSE		

OU VOUS JOINDRE ?

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez indiquer les n° de téléphone :

Père Bureau : Domicile : Portable :
Mère Bureau : Domicile : Portable :
Tuteur Bureau : Domicile : Portable :
Un voisin, un parent : Nom : Tél :

VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom/prénom :
Nom/adresse du Cabinet :
Tél. cabinet : _____
portable : _____

* les renseignements complémentaires confidentiels sont à transmettre sous enveloppe fermée adressée à l'infirmière.

AUTORISATION DE SOINS À L'INFIRMERIE

Un élève indisposé ou légèrement blessé est pris en charge par l'infirmière scolaire qui pourra être amenée à lui donner un médicament ou à lui faire un soin en accord avec le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les établissements scolaires, B.O.hors série N°1 du 06/01/2000.

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

autorise * n'autorise pas * l'infirmière scolaire à donner des médicaments ou à faire des soins à mon (mes) enfant(s).

Abidjan, le :

Signatures

Du père

De la mère

Du tuteur

ATTENTION : En cas de refus d'intervention ou de non réponse, les parents seront simplement avisés par téléphone de l'état de santé de leur(s) enfant(s) et pourront le(s) prendre en charge à l'infirmierie du lycée.

En cas d'urgence, il sera fait appel au SAMU. En concertation avec les parents, le médecin décide du centre médical où est dirigé l'élève.

* Cochez la case correspondante.