

DOSSIER SANTÉ SCOLAIRE

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), quelque soit le personnel présent.
- Une photocopie du carnet de vaccination **complet** à joindre **obligatoirement** à la fiche médicale confidentielle.
La mise à jour des vaccinations exigées par la loi et signalée par le médecin ou l'infirmière à l'occasion de bilans de santé fait dans l'établissement est également obligatoire.

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			

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bégaiement, dyslexie (précisez) / | <input type="checkbox"/> Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Suivi orthophonique | <input type="checkbox"/> Il porte des lunettes |
| <input type="checkbox"/> Défaut de vision, lequel : | <input type="checkbox"/> Handicap, lequel : |
| <input type="checkbox"/> Problème de dos, lequel : | |
| <input type="checkbox"/> Suivi orthopédique | |
| <input type="checkbox"/> Difficultés psychologiques, lesquelles ? | |
| <input type="checkbox"/> Suivi psychologique | |
| <input type="checkbox"/> Autres problèmes, précisez . | |

Votre enfant est :*

- Droitier
 Gaucher

Votre enfant est-il allergique à *

- Certains médicaments, lesquels :
 Certains aliments, lesquels :
 Autres (insectes, poussières...), précisez :

TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L'ÉLÈVE

Votre enfant prend-il régulièrement un anti-paludéen ?*

- NON OUI, lequel ?
Dort-il sous moustiquaire ? OUI NON
A-t-il des crises de paludisme fréquentes ? OUI NON

Votre enfant prend-il un autre traitement régulièrement ?*

- NON OUI, précisez : lequel ?
Pour quelle maladie ?
Depuis quand ?
La date prévue pour l'arrêt du traitement ?

S'agit-il d'un traitement de médecine traditionnelle ? NON OUI

GROUPE SANGUIN

(avec photocopie des 2 déterminations, si possible)

PROBLÈMES OU ÉVÈNEMENTS PARTICULIERS

Votre enfant a-t-il été confronté récemment à un évènement ou à un problème particulier (naissance, décès d'un proche, divorce, rapatriement, problème de santé ...)

AUTRES REMARQUES

N'hésitez pas à faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits, de vos remarques concernant votre enfant :

L'infirmière scolaire est à votre disposition pour tout renseignement ou tout conseil concernant votre enfant. Vous pouvez la voir à l'infirmerie, prendre rendez-vous avec elle par courrier ou téléphone.

Fait, le _____

Signature des parents ou tuteur

* **Cochez la case correspondant à votre réponse.**

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

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

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.