**Classe :**

**FICHE DE SANTE 2021-2022**

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : Lieu de naissance :

SEXE : M/F Nationalité : ……………………………………………

ADRESSE :

Code postal : Localité :

*Vignette mutuelle
à coller ici*

**EN CAS D’URGENCE**

Personnes à contacter

1. Nom, prénom : 2) Nom, prénom :

Privé : Privé :

Bureau : Bureau :

Relation : Relation :

Nom du pédiatre ou de son médecin traitant :

Téléphone :

**DONNEES MEDICALES**

A ce jour : Poids : Taille : ………………………………………………….

Votre enfant est-il atteint d’une maladie chronique ? OUI / NON Si oui, laquelle ?

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

Prend-il un traitement pour cette maladie ? Si oui, lesquels et en quelle quantité ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

A t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI / NON Année : …………… Rappel : ………………………

Votre enfant peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives et aux jeux adaptés à son âge ? OUI / NON Pourquoi ?

Votre enfant est-il allergique à un médicament  ou à un produit pharmaceutique ?

OUI / NON Si oui, lesquelles ?

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

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires strictes ou des intolérances alimentaires ?

OUI / NON Si oui, lesquelles ?

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

Votre enfant a-t-il des allergies respiratoires, animaux, etc.. ? OUI / NON Si oui, lesquelles ?

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

Votre enfant, a-t-il des problèmes cardiaques etc.. ? OUI / NON Si oui, lesquelles ?

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

Votre enfant, a-t-il subi des opérations ? OUI / NON Si oui, lesquelles ?

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

**Dans le cadre des mesures d’urgence.**

Dans le cadre de mesures d’urgence en cas de méningite dans l’école, je, soussigné(e) ……………………………………… responsable légal de ……………………………………………………….. accepte/refuse que le médecin du service de la médecine scolaire prescrive et donne l’antibiotique préventif préconisé par la Communauté Française.

Date :

Signature parent 1 : Signature parent 2 :

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

L’enfant vit-il avec ses deux parents : OUI / NON

Si non : mère/père/garde alternée, autres (à préciser) :

Nombres d’enfants dans la famille : Rang dans la famille : ………………………………

Veuillez indiquer tout changement dans la composition de ménage :

 séparation/divorce-remariage/mise en ménage- naissance – décès

Ecole fréquentée lors de la dernière visite médicale, adresse et numéro de téléphone:

Classe :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui/non

Votre enfant porte-il un appareil auditif ? oui/non

Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ? oui/non

Votre enfant porte-t-il des semelles orthopédiques ? oui/non

Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ? oui/non

Votre enfant a-t-il des problèmes cardio-vasculaires ? oui/non

Si oui, précisez :

En dehors de ce questionnaire, avez-vous quelque chose de particulier à signaler à propos de votre enfant qui nous aiderait à mieux le prendre en charge ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date :

Signature parent 1 : Signature parent 2 :