

Classe :

FICHE DE SANTE 2024-2025

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 :

Nous, soussignés, _____ père, mère, tuteur

et _____ père, mère, tuteur de l'enfant

_____ autorise la direction de

l'école, le titulaire de classe de mon enfant ou un membre du personnel à prendre toute mesure urgente visant à préserver la survie et la sécurité de mon enfant.

Il est entendu que tous les moyens seront mis en œuvre pour me prévenir ou me faire prévenir avant toute prise de décision importante.

Signature parent 1

Signature parent 2

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 :