

FICHE DE SANTÉ

Elève : Date de naissance :

En cas d'urgence médicale :

Nom de la personne à contacter:.....Telephone :

Renseignements à communiquer aux services d'urgence :

L'enfant souffre t-il de	Oui/non	Précisez
Hémophilie		
Asthme		
Maladie chronique		
Etourdissement/céphalée		
Convulsions		
Hypoglycémie		
Diabète		
Autres		

L'enfant souffre t-il d'allergies	Oui/non	Précisez
Médicaments		
Aliments		
Autres		

Quels sont les signes?

Quel traitement à administrer? L'enfant doit venir avec ses médicaments et ordonnances.

L'enfant est-il suivi par un spécialiste ? (orthophoniste, psychologue,...)

Les vaccinations de votre enfant sont-elles à jour ?

J'autorise l'établissement ou son mandataire à faire procéder à tout soin d'urgence.

Renseignements utiles à la vie scolaire :

L'enfant souffre t-il de	Oui/non	Précisez
Trouble de la vue		
Trouble de l'audition		
Déficit de l'attention/hyperactivité		
Dyslexie		
Maux de tête fréquents		
Maux de dos		
Fragilité osseuse (ancienne blessure)		
Autres		

Veuillez informer le lycée (01 288 48 34) de tout renseignement qui pourrait être important de connaître pour un meilleur suivi de l'élève.

Fait à..... Le

Signature :

Pièces à joindre impérativement :

- Photocopie du carnet de vaccinations
- Photocopie de la carte européenne d'assurance maladie. L'enfant doit avoir cette carte sur lui, elle permet l'accès aux soins médicaux, souvent gratuitement.

J'autorise le LFI à utiliser les données médicales ci-dessus/jointes dans le but d'assurer la santé, la sécurité et le bien-être de l'élève mentionné ci-dessus OUI NON