

FICHE SANTE (non confidentielle)

ANNEE SCOLAIRE : 2023

Pour une meilleure prise en charge de votre enfant, il est important que cette fiche soit correctement remplie et signée. BO n°1 du 06.01.2000

Nom : Prénom :

Adresse :

Né(e) le : Classe :

Assurance scolaire :

Régime : ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

PERE OU TUTEUR LEGAL	MERE OU TUTRICE LEGALE	CORRESPONDANT	AUTRE PERSONNE
Nom + Prénom	Nom + Prénom	Nom + Prénom	Nom + Prénom
Tél dom :	Tél dom :	Tél dom :	Tél dom :
Tél Trav :	Tél Trav :	Tél Trav :	Tél Trav :
Mobilis :	Mobilis :	Mobilis :	Mobilis :

COUVERTURES SOCIALES : (photocopies à joindre obligatoirement)

AIDE MEDICALE A ou B (sud, nord ou îles)	N°	VALIDE Du / / 20...	au / / 20...
CAFAT / RUAMM :	N°	VALIDE Du / / 20...	au / / 20...
MUTUELLES :	N°	VALIDE Du / / 20...	au / / 20...

VACCINATION : (JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES VACCINS DU CARNET DE SANTE POUR LES NOUVEAUX ELEVES)

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (R DTPC) / /, cette vaccination est obligatoire et nécessite un rappel tous les 5 ans pour être efficace.

Médecin traitant : Téléphone :

Autorisation parentale :

En cas d'urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital de Koumac. L'établissement s'efforce d'avertir le plus rapidement possible la famille. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés Monsieur et/ou Madame, Père / Mère / tuteur légal, de l'élève, autorisons le chef d'établissement, à prendre toutes les mesures permettant le maintien de l'état de santé de mon enfant, y compris l'anesthésie et l'intervention chirurgicale si nécessaire.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

Fait à, le : / / 20.....

Signature des parents (obligatoire)

FICHE Infirmierie (Confidentielle)

NOM : Prénom : Classe :

Problèmes de santé de votre enfant Fiche de renseignements médicaux <u>confidentielle</u> (à mettre sous enveloppe avec nom + prénom + classe de l'élève) ou à remettre directement à l'infirmière	OUI	NON	Traitements médicaux (joindre une copie de l'ordonnance)
PULMONAIRE Asthme Autres lesquels	☐ ☐	☐ ☐	
CARDIAQUE Rhumatisme (RAA) Souffle au cœur Autres lesquels	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	
Epilepsie..... Spasmophilie..... Diabète..... Autres lesquels	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	
PROBLEMES VISUELS Myopie Astigmatisme Hypermétrope Diplopie Autres lesquels Lunettes et / ou lentilles (préciser)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
PROBLEMES AUDITIFS Surdité Otites Autres lesquels	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	
HANDICAP Lequel :	☐	☐	
ALLERGIES : Lesquelles Si oui fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement.	☐	☐	
Suivi de votre enfant Psychologique Par un éducateur Orthophonique En famille d'accueil	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	
Votre enfant a-t-il déjà été opéré Si oui, pour quel motif :	☐	☐	

Fait à le : / / 20.....

Signature des parents
(obligatoire)