

## Fiche Sanitaire – Collège

Année 2019/2020

### IDENTITE DE L'ÉLÈVE

Nom de l'élève : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Né(e)le : ..... À : .....

Adresse principale de l'élève : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ÉLÈVE

Coordonnées téléphoniques du 1 <sup>er</sup> responsable	Coordonnées téléphoniques du 2 <sup>nd</sup> responsable
Nom :	Nom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Domicile :	Domicile :
Mobile :	Mobile :
Travail :	Travail :

### AUTRES PERSONNES POUVANT ETRE CONTACTÉES EN CAS D'URGENCE

- Nom : ..... Tél : ..... si lien de parenté, préciser.....
- Nom : ..... Tél : ..... si lien de parenté, préciser .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

Indiquer ci-après les **difficultés de santé** de l'enfant (maladie, crise convulsive, opération ...)

.....

L'élève a-t-il des allergies :  OUI  NON

ASTHME  OUI  NON

ALIMENTAIRE  OUI  NON

MÉDICAMENTEUSES  OUI  NON

AUTRES : .....

Préciser la conduite à tenir :

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

L'élève suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

Si **OUI**, lequel ? .....

A-t-il un PAI ?  OUI  NON (PAI : Projet d'Accueil Individualisé. Document précisant les besoins thérapeutiques (traitement, régime alimentaire ...) de l'élève.)

L'enfant est-il vacciné contre le Tétanos  ou DT Polio  ou Tétracoq

Lors d'une sortie scolaire, votre enfant a-t-il besoin de prendre des médicaments ?  OUI  NON

SI OUI LESQUELS ? .....

Merci de joindre l'ordonnance du médecin (ou photocopie en cours de validité) avec les médicaments correspondants.

**Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne peut être donné à l'élève sans ordonnance.**

**Recommandations utiles des parents** (votre enfant porte des lunettes, des lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires etc )... merci de nous le préciser.

.....

**Nom et numéro de téléphone de votre médecin traitant :**

Docteur ..... N°téléphone : .....

**En cas d'urgence**, si on ne peut m'atteindre par téléphone ou si le temps presse, j'autorise le personnel de l'établissement à prendre à ma place, les décisions d'hospitalisation et d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé.

Adresse de l'établissement de santé dont vous dépendez :

.....

<b>SIGNATURES DES RESPONSABLES DE L'ÉLÈVE</b>
---

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'élève déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de l'établissement à prendre en cas d'urgence, si je ne suis pas joignable par téléphone, les décisions d'hospitalisation et d'intervention cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin.

Date :

Signature du 1<sup>er</sup> responsable :

Signature du 2<sup>ème</sup> responsable :

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- Au service médical de l'établissement,
- Aux services médicaux d'urgence,
- En tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- Et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH ou MDA, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)
- Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.
- Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

À ....., le .....

Signature du 1<sup>er</sup> responsable :

Signature du 2<sup>ème</sup> responsable :