

FICHE DE SANTE

Transmettre cette fiche à l'infirmière sous l'enveloppe intitulée « confidentiel - fiche de santé »
Document soumis au secret médical et professionnel

Fiche remplie le: Année scolaire
Classe:

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e) (nom-prénom).....
autorise mon fils, ma fille, à se rendre seul(e) en ville avec l'accord de
l'administration de l'établissement pour une visite médicale, dentaire,
radiologique ou de spécialiste...

Je déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, il sera fait appel
au SAMU (15) et que le médecin régulateur des urgences décidera des
mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant.

Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.

Signatures :

Père Mère Tuteur

IMPORTANT : pour les internes exclusivement :

- 1) le correspondant est autorisé à venir chercher l'élève à sa sortie de l'hôpital.
- 2) l'élève devra être en possession de sa carte vitale (ou de la photocopie de l'attestation) et de la copie de la mutuelle. .


SOMMEILLER

LYCEE PROFESSIONNEL
GERMAIN SOMMEILLER
4 bis, Boulevard Taine - B.P. 322 - 74008 ANNECY
☎ : 04.50.33.90.00
Fax : 04.50.33.90.10

Interne Demi-pensionnaire Externe

Nom de l'élève :
Prénom (s) :
Date de naissance :Lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale du responsable légal:.....

Père :

Nom, prénom :

Adresse :

Profession :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Téléphone travail :

Mère :

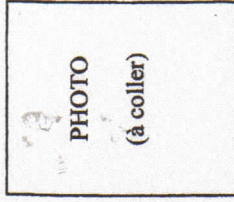
Nom, prénom :

Adresse :

Profession :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Téléphone travail :



**QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL
À REMPLIR PAR LES PARENTS
OU LE RESPONSABLE LÉGAL**

4 - INFORMATION IMPORTANTE :

La consommation de produits psycho-actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines dangereuses et de conduite d'engin.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée, pendant le temps nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

Ale

Signature de l'élève :

Signature des parents :

Dans le cadre de sa formation professionnelle, votre enfant aura à travailler sur des machines dangereuses ou à utiliser des produits dangereux.

Etant mineur, il doit obtenir une autorisation de l'inspection du travail pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (article R 234-22 du code du travail). L'avis d'un médecin scolaire est obligatoire.

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

Le document complet sous enveloppe cachetée et libellée à l'attention du médecin scolaire, sera remis à l'infirmière de l'établissement scolaire (ou à défaut, au professeur principal).

Nom et prénom de l'élève

Né(e) le :

Classe :

Adresse :

Téléphone

Y-a-t-il des problèmes de santé dans la famille : non oui
si oui, lesquels ?

.....
.....
Nombre de frères et sœurs et leur âge :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

1 - MALADIES PRÉSENTÉES ANTÉRIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT :

→ A-t-il déjà fait des convulsions ? non oui
si oui, à quel âge ?

→ A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? non oui
S'agissait-il d'une méningite ? non oui

→ A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? non oui
Précisez :

→ A-t-il fait des otites à répétition ? non oui

→ A-t-il eu des problèmes de hanche ou dos ? non oui

→ Autres maladies importantes :

.....

→ A-t-il eu des accidents ? non oui Précisez :

→ A-t-il été hospitalisé, voire opéré ? non oui Précisez :

2 - VACCINATIONS

Il est rappelé que l'autorisation de travail sur machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

3 - ETAT DE SANTÉ ACTUEL DE VOTRE ENFANT :

A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ?
non oui

Actuellement présente-t-il d'autres troubles ? (cochez et précisez)

- Asthme
- Eczéma, allergie, urticaire :
- Pertes de connaissance, malaises :
- Maux de tête :
- Problèmes de vue ou fatigue oculaire

→ Est-il souvent absent ? non oui

→ Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ?
non oui

Suit-il un traitement ? non oui

Précisez :

Votre enfant est-il intéressé par un métier ? non oui

Précisez :

Avez-vous autre chose à signaler ? (par exemple : caractère, comportement, vie familiale ...)

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et la copie de tous documents utiles en votre possession (comptes-rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc.)

Inspection Académique de la Haute Savoie
Service de Promotion de la Santé
En Faveur des Élèves

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

Dr Isabelle RUHLAND
Médecin Scolaire
Ruhland

Date de la demande _____ cachet du médecin demandeur (indispensable)

La loi n°2002-203 du 4 mars 2002, stipule que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du patient (ou de son représentant légal).

La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant (qui le suivra durant son cursus scolaire) est soumise à ce principe.

Nous vous demandons donc de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera communiqué au médecin référent de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier

Je soussigné (e) _____
représentant légal (e) de l'élève : _____
né (e) le _____

Autorise le médecin référent de cet établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère de (ou des) établissement(s) ou il (elle) était inscrit(e) précédemment.

Établissement où est inscrit l'élève

Nom : L.P. Germain SOMMEILLER
rue : 4bis, bd Taine
Commune : ANNECY
Département 74000 Pays : _____
Classe :

Établissement d'où vient l'élève

Nom : _____
rue : _____
Commune : _____
Département : _____ Pays : _____
Classe :

Fait à _____ le _____

Signature

Date de la réponse : _____

En retour

élève non inscrit à l'école indiquée.

Autres raisons de non-envoi : _____

Encadrer les mentions utiles : Dossier complet – dossier incomplet – dossier non trouvé (1)

**A ne remplir que si problème médical particulier
ou demande d'aménagements**

**À remettre avec la fiche d'urgence sous enveloppe cachetée
à l'attention du médecin et /ou de l'infirmière scolaire**

Fiche à compléter si votre enfant est :

- ✓ Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire (asthme, allergies, diabète, etc.)
- ✓ Susceptible de prendre un traitement d'urgence (asthme, allergies, diabète, etc.)
- ✓ Atteint d'un handicap ou d'une maladie pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire, et des examens (dyslexie, dyspraxie, dysgraphie, etc.)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Domicile : / / / /

Portable : / / / /

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

Mise en place ou reconduction d'un PAI OUI NON

Mise en place d'aménagements pour les examens OUI NON

Mise en place d'aménagements scolaires OUI NON

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un tiers temps OUI NON

En fonction des renseignements que vous nous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous si nécessaire, un projet d'accueil individualisé (PAI) conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche, tout comme le PAI, ne sont pas obligatoires; mais, il est de votre intérêt et celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Le / / 2018

Signature du représentant légal