

FICHE DE SANTE

ELEVE	
Nom / Prénom	
Date de Naissance	Année Scolaire
Professeur Principal	Classe
1 ^{er} RESPONSABLE DE L'ELEVE	
Nom / Prénom	
Téléphones de contact	
2 ^{ème} RESPONSABLE DE L'ELEVE	
Nom / Prénom	
Téléphones de contact	
3 ^{ème} RESPONSABLE DE L'ELEVE	
Nom / Prénom	
Téléphones de contact	

A HISTORIQUE MEDICAL

Votre enfant a t-il des antécédents médicaux?	
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI Lesquels? _____
Votre enfant a t-il des antécédents chirurgicaux?	
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI Lesquels? _____

B MALADIES CHRONIQUES (SAUF ALLERGIES)

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique?	
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI Laquelle? _____ A-t-il besoin d'un traitement et/ou de soins particuliers à l'école? _____ Si OUI, veuillez consulter la page web du lfb service santé fiche de santé (annexe 1) pour la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

C ALLERGIES RESPIRATOIRES / ASTHME

Votre enfant souffre-t-il d'allergies respiratoires et/ou d'asthme?	
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI Quels agents? _____ A-t-il besoin d'un traitement et/ou de soins particuliers à l'école? _____ Si OUI, veuillez consulter la page web du lfb service santé fiche de santé (annexe 1) pour la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

D PROBLEMES ALIMENTAIRES / REGIME

Votre enfant a t-il besoin d'un régime alimentaire spécifique à l'école pour raison médicale?	
<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI De quel type?: <input type="checkbox"/> ALLERGIE <input type="checkbox"/> INTOLERANCE <input type="checkbox"/> AUTRES _____ Quels aliments? _____ A-t-il besoin d'un traitement en cas d'ingestion accidentelle? _____ Si OUI et s'il s'agit d'une ALLERGIE ALIMENTAIRE, veuillez consulter la page web du lfb service santé fiche de santé (annexe 1) pour la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) Pour les autres options, veuillez consulter la page web du lfb service santé fiche de santé (annexe 2) pour la mise en place d'un Régime Alimentaire adapté (RA)

E ALLERGIES MEDICAMENTEUSES

Votre enfant a-t-il des allergies à certains médicaments?

NON

OUI

Lesquels? _____

F ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS À L'ÉCOLE

L'AUTOMÉDICATION est interdite dans notre établissement.

L'administration de médicaments à l'école se fait **UNIQUEMENT** sous **ORDONNANCE médicale avec AUTORISATION PARENTALE**.

Néanmoins, vous trouverez d'autres options sur la page web du [lfb service santé fiche de santé \(annexe3\)](#)

G TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE / PROBLEME PSYCHOLOGIQUE

Votre enfant a-t-il des troubles de l'apprentissage ou un problème d'ordre psychologique?

NON

OUI

Lesquels? _____

Suivi par _____

A-t-il besoin d'un traitement à l'école? _____

L'élève a-t-il un Protocole d'Aide à l'école? _____

Pour la demande et la mise en place d'un Protocole d'Aide aux Apprentissages, veuillez consulter la web du [lfb service santé fiche de santé \(annexe4\)](#)

H LES VACCINATIONS

Date de la dernière vaccination antitétanique _____

(Si vous préférez, vous pouvez joindre une photocopie du carnet de vaccination)

I ACCIDENT SCOLAIRE

Je soussigné (e) _____

responsable de l'élève _____

de la classe _____

AUTORISE, En cas d'urgence et en mon absence, à conduire mon enfant aux centres choisis par l'établissement, pour y recevoir tous les soins requis par son état, ou éventuellement subir un acte opératoire ou anesthésie.

Prise en charge directe de frais par l'assurance ATLANTIS.

Consulter l'information des centres concertés avec notre établissement sur la web du [lfb service santé fiche de santé \(annexe5\)](#)

AUTORISE, En cas d'urgence et en mon absence, à conduire mon enfant aux centres de notre choix, pour y recevoir tous les soins requis par son état, ou éventuellement subir un acte opératoire ou anesthésie.

Centres ou Hôpitaux _____

Adresses _____

Téléphones _____

Je soussigné (e) _____

responsable de l'élève _____

certifie l'exactitude des renseignements fournis sur ce document.

A _____, le _____

Signature