ÉCOLE DE L'OUEST

Fiche médicale de l'élève

L'Ecole de l'Ouest vous prie de bien vouloir faire remplir et signer cette fiche par votre médecin et de la renvoyer à : information@ecoledelouest.org

Nous vous remercions de votre collaboration. Cette fiche est obligatoire et il est de première importance qu'elle soit remplie correctement.

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe ☐F ☐M Date de naissance : _____ Groupe sanguin : _____

N° de tél. en cas d'urgence : _____

Adresse : _____

En tant que parent/personne responsable de l'élève sus nommé, je donne l'autorisation à l'infirmière, à la direction de l'école, ainsi qu'à tout enseignant de l'école concerné par les soins et la santé des élèves, d'avoir accès aux données de la fiche médicale de mon enfant. Ceci uniquement afin de répondre aux besoins de sa santé et de son éducation.

Lieu et date : _____ Signature (Parent ou personne responsable) :

Souhaitez-vous avoir un entretien particulier avec une infirmière de l'école ? ☐ OUI ☐ NON

Section I - ANAMNESE DE L'ELEVE

L'élève souffre-t-il (elle) ou a-t-il (elle) souffert de :

- Troubles de nutrition ou de poids ☐ NON ☐ OUI
- Troubles du sommeil ☐ NON ☐ OUI
- Allergies (alimentaire, insectes, médicaments, etc.) ☐ NON ☐ OUI
- Trouble social, émotionnel ou comportemental ☐ NON ☐ OUI
- Troubles de la vision, de l'ouïe, de l'élocution ☐ NON ☐ OUI
- Conséquences d'accidents ou de blessures ☐ NON ☐ OUI
- Troubles respiratoires/asthme ☐ NON ☐ OUI
- Troubles rénaux, maladies du système uro-génital ☐ NON ☐ OUI
- Troubles de l'apprentissage (ex. dyslexie ou autre) ☐ NON ☐ OUI

_____

- Diabète (si OUI, préciser le type) ☐ NON ☐ OUI

_____

- Problèmes orthopédiques ☐ NON ☐ OUI
- Epilepsie ☐ NON ☐ OUI
- Troubles cardiaques (par ex. souffle cardiaque, etc.) ☐ NON ☐ OUI
- Maladie chronique ☐ NON ☐ OUI
- Troubles dermatologiques ☐ NON ☐ OUI
- Autre ☐ NON ☐ OUI

_____

Merci d'apporter des précisions en cas de réponse positive à l'une ou l'autre des rubriques si dessus. (Nature et fréquence du trouble, dernier épisode, intensité etc.)

Mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : □ NON □ OUI Date : ----------

Section 2 - MALADIES Indiquer les maladies déjà contractées par l'élève, en indiquant si possible la date :

		Date			Date			Date
• Oreillons	☐ NON ☐ OUI :	_____	• Rubéole	☐ NON ☐ OUI :	_____	• Scarlatine	☐ NON ☐ OUI :	_____
• Varicelle	☐ NON ☐ OUI :	_____	• Rougeole	☐ NON ☐ OUI :	_____	• Coqueluche	☐ NON ☐ OUI :	_____
• Pneumonie	☐ NON ☐ OUI :	_____	• Diphtérie	☐ NON ☐ OUI :	_____			

• Autre(s) maladie(s) (Mononucléose, Tuberculose, Typhus, Malaria, Pfeiffer...) ☐ NON ☐ OUI : Nom(s) et date(s) :

_____

Section 3 - QUESTIONS GENERALES

L'élève a-t-il/elle subi une hospitalisation ou intervention chirurgicale ? ☐ NON ☐ OUI — Si oui laquelle ? Y a-t-il des conséquences actuelles ?

_____

L'élève prend-il occasionnellement ou régulièrement des médicaments ? ☐ NON ☐ OUI — Si oui, lequel (lesquels) et pour quelle raison ?

_____

Y a-t-il une restriction, ou une adaptation nécessaire, à ce que l'élève participe pleinement aux activités de l'école, y compris aux sports ?
☐ NON ☐ OUI — Si oui, préciser la raison de cette restriction :

_____

L'élève suit-il (elle) un traitement psychologique, ou l'a-t-il (elle) fait dans le passé ? ☐ NON ☐ OUI — Si oui, donner des précisions :

_____

Date du dernier contrôle de vision : _____ Date du dernier contrôle dentaire : _____

Section 4 - VACCINATIONS L'élève a reçu les vaccins suivants (indiquer la date)

		Date
• BCG	☐ NON ☐ OUI :	_____
• DT Polio	☐ NON ☐ OUI :	_____
• Hépatite B	☐ NON ☐ OUI :	_____
• Méningite	☐ NON ☐ OUI :	_____
• Fièvre Jaune	☐ NON ☐ OUI :	_____

• Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) ☐ NON ☐ OUI : Premier vaccin _____ Deuxième vaccin _____

• Autre vaccination _____ Genre de vaccin _____

OBLIGATOIRE : **JOINDRE COPIE DU CARNET DE VACCINATION**

Mlle / M. _____

• Est actuellement en bonne santé : ☐ OUI ☐ NON

• Contact récent avec des personnes atteintes de maladies contagieuses : ☐ NON ☐ OUI

• Doit être particulièrement suivi(e) ☐ NON ☐ OUI , détails : _____

Lieu _____ Date _____

Signature du médecin