



12 bis avenue Pottier  
59130 Lambersart  
Tel : 03 20 55 91 00

**FICHE SANITAIRE ET DE SCOLARITE DE**

**L'ENFANT**

ANNEE SCOLAIRE 20 /20

NOM :  
Prénom :  
Sexe : **M**  **F**

Niveau l'an prochain :  
Date de naissance :  
Groupe sanguin :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (rappel tous les 5 ans) :

Allergies connues :

Renseignements médicaux (maladies chroniques, port de lunettes, appareil ...) :

Traitement régulier :

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

Nom, adresse d'un hôpital de préférence :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En signant numériquement cette fiche sanitaire, nous, soussignés, M. et Mme ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... et en cas de besoin d'intervention chirurgicale.

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

**MALADIES INFANTILES**

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scarlatine	
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Varicelle	
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oreillons	
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rougeole	
Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OPERATIONS**

Votre enfant a-t-il subi une ou des opérations ?  Oui  Non

Si oui, laquelle (lesquelles) : .

**AUTRES INFORMATIONS UTILES**

Nous nous engageons à signaler par écrit tout changement dans les renseignements fournis ci-dessus.

**INFORMATIONS SUR LA SCOLARITE ET LES APPRENTISSAGES**

**PROLONGATION DE SCOLARITE**

Votre enfant a-t-il déjà effectué une prolongation de scolarité ?  Non  Oui (quelle classe ? . )

**APPRENTISSAGES**

Votre enfant va-t-il chez un des partenaires suivant :

	Cocher si oui	fréquence		Cocher si oui	fréquence
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>		Psychologue	<input type="checkbox"/>	
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>		CMP	<input type="checkbox"/>	
Psychomotricien	<input type="checkbox"/>		CAMPS	<input type="checkbox"/>	

Votre enfant a-t-il un trouble des apprentissages (dyslexie, dyscalculie, dyspraxie, dysphasie) ou des TDAH ?

Si oui, lequel (lesquels) ? .....