



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 :	Niveau l'an prochain :
Prénom :	Date de naissance :
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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) ?