



DATE DE LA DERNIERE VACCINATION OBLIGATOIRE →  
D.T.P. Polio (Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite)

**L'élève doit être à jour de vaccination à la rentrée**

Date des vaccinations, non obligatoires lorsqu'elles sont faites :

- Hépatite B..... - Rubéole..... Fièvre jaune.....  
- R.O.R ..... - Méningite ..... Autres.....

MALADIES INFECTIEUSES CONTRACTEES AUPARAVANT :

Oreillons  
 Coqueluche  
 Rougeole  
 Rubéole  
 Varicelle  
 Scarlatine  
Autres maladies : .....

Asthme – Si oui, traitement en cas de crise :

.....

Allergies connues : .....

Allergies à quel médicament ?

.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins ou par les services d'urgence. Un élève mineur ne peut subir d'intervention sans l'accord de sa famille, ni sortir de l'hôpital non accompagné de cette dernière.

.....

■ Suivi psychologique en cours : Nom et téléphone du praticien

.....

■ Opérations subies :

.....

■ Cas particuliers : maladie, traitements à signaler (diabète, traumatisme crânien, épilepsie, etc.)

.....

.....

.....

■ Groupe sanguin : .....

**L'ELEVE DEPOSERA A L'INFIRMIERIE TOUS MEDICAMENTS, SAUF LA VENTOLINE, AINSI QU'UNE COPIE DE L'ORDONNANCE (EN PARTICULIER ORDONNANCE POUR VENTOLINE OU AUTRE TRAITEMENT DE L'ASTHME).**

Signaler à l'infirmière, en cours d'année, tout renseignement médical nouveau et important.

Souhaitez-vous que nous utilisions, à l'infirmierie, pour soigner votre enfant :

	Oui	Non
la médecine allopathique (médecine classique)		
la médecine homéopathique, phytothérapie (plantes)		
l'une ou l'autre		

Date / /

La mère  
(ou les représentants légaux)

Le père

.....

.....

■ Votre enfant a-t-il eu un suivi pour dyslexie ? si oui, quand ?