

**DOSSIER MEDICAL D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS  
 OU RESPONSABLES LEGAUX**  
 (A remettre sous pli, dûment complété et signé)

Nom et Prénom de l'élève : ..... Classe : .....

Date et lieu de naissance : .....

	Père	Mère	Tuteur si enfant à la charge d'1 tierce personne (préciser) :
Téléphone travail			
Téléphone domicile			
Mobile			
Numéro d'urgence			

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES**  
*(Joindre les photocopies du carnet de vaccinations)*

- D.T. Polio. Ca : à 2 mois-4 mois- 11 mois la 1<sup>ère</sup> année de naissance puis à 6 ans, à 11-13 ans et à 25 ans, enfin DTP à 45ans ... .
- BCG : obligatoire au CAMEROUN
- Fièvre jaune : obligatoire au CAMEROUN
- ROR
- Hépatite B

**Nous vous rappelons que les vaccins contre la typhoïde et la méningite sont fortement recommandés.**

**HOSPITALISATION**

Hôpital ou clinique souhaité(e) :  
 Nom : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : .....

*« En cas d'urgence grave, l'établissement contacte l'urgentiste ou la structure jugée la plus appropriée pour apporter les soins et l'aide nécessaire au(x) blessé(s). »*

**SIGNATURES :**

**PERE**

**MERE**

**TUTEUR**

NOM : ..... PRENOM : ..... CLASSE : .....

L'élève a-t-il eu des difficultés dans la première enfance ? Lesquelles ? (Marche, langage, traumatisme, accident) :

.....

A-t-il des difficultés particulières actuellement ? Lesquelles ? (Médicales, psychologiques, autres ?)

.....

L'élève suit-il un traitement régulièrement ? Lequel et pour quelle raison ?

.....

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? Lesquelles ? Et en quelles années ?

.....

A-t-il eu les maladies suivantes ? Préciser l'année :

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
Varicelle		Hépatite		Perte de connaissance	
Rougeole		Diabète		Convulsions	
Rubéole		Asthme		Epilepsie	
Méningite		Crise de tétanie		Epistaxis fréquents	
Coqueluche		Rhumatisme articulaire		Verrues plantaires	
Oreillons		Poliomyélite		Autres, lesquelles :	
Otite		Drépanocytose			

L'élève est-il :  Droitier  Gaucher

Est-il allergique à :

Certains médicaments, lesquels ? .....

Certains aliments, lesquels ? .....

Autres (insectes, poussières, .....) ? .....

A-t-il un des ces problèmes ?

Bégaiement, zézaïement, dyslexie

Défaut de vision, lequel ? .....

Porte-t-il des lunettes ?  Oui  Non Doit-il les garder en récré ?  Oui  Non

Suivi orthophonique

Problème de dos Si oui, lequel ? .....

Existe-t-il une inaptitude à la pratique de l'E.P.S. ?  Oui  Non

Si oui, est-elle :  Partielle  Totale

Joindre un certificat médical précis.

**SERVICE DE LA PROMOTION DE LA SANTE EN FAVEUR DES ELEVES**

- Le Service Médical du Collège-Lycée D.Savio demande instamment aux parents d'informer l'infirmière scolaire pour tout élève ayant un problème de santé.

**LES ELEVES NOUVELLEMENT INSCRITS A DOMINIQUE SAVIO, sont priés de fournir avec ce dossier médical :**

1. Les photocopies des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations à jour, avec leur nom et classe,
2. Un certificat médical de bonne santé.

- **Un dossier médical à jour des vaccinations permet, si perte des documents originaux, de reconstituer un carnet de vaccinations.**

**Aucun médicament même le plus anodin, ne sera distribué à un élève SAUF prescription médicale écrite du médecin traitant, transmise à l'infirmière qui devra en être prévenue à l'avance.**

- Pour les **traitements d'urgence** : Asthme, épilepsie, crise de spasmophilie, etc...., ou pour les indispositions habituelles et courantes, il conviendra de joindre à l'ordonnance du médecin, le médicament spécifique de l'élève (Antadys, Spasfon,...), susceptible d'être pris pendant les heures de cours.
- **En cas de maladies contagieuses** (arrêté du 3 mai 1989 revu en mars 2003), notamment rubéole, méningite, diphtérie, scarlatine, les parents doivent aussitôt en avertir l'établissement. **L'enfant ne peut être scolarisé pendant la durée de contagion**. Un certificat médical faisant foi de la non contagion devra être remis à l'enseignant au retour de l'enfant.
- **Visites médicales prévues au lycée** : Elèves de 3<sup>èmes</sup> et nouveaux élèves de toutes les classes.

Le service de santé scolaire

Date : .....

Signature des parents :

Page 3 sur 4 - Tournez SVP ☞

Le Proviseur

Aux

Parents d'Elèves ou Représentants légaux

Madame, Monsieur,

Après constatation faite en collaboration avec l'infirmière, il me semble indispensable de vous demander :

**1. L'AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE PARACETAMOL (voir R.I.) :**

Nous, soussignés, parents de l'élève .....

En classe de .....

Autorisons l'infirmière à administrer du paracétamol (Doliprane ou Efferalgan ou Paracétamol 500mg) à notre enfant.

**2. L'ORDONNANCE EN CAS DE TRAITEMENT A ADMINISTRER A L'ECOLE (voir R.I.) :**

Dans le cas où notre enfant doit prendre un traitement pendant les heures de classe, veuillez le lui administrer qu'après réception de la copie de l'ordonnance prescrite par notre médecin traitant.

**Règlement Intérieur :**

*Tout traitement médical doit être signalé à l'infirmier. Les élèves ne peuvent détenir de médicaments dans leurs affaires personnelles, à l'exception de ceux prescrits (fournir l'ordonnance) pour l'asthme et le diabète qui doivent être présentés à l'infirmier.*

**Date :** .....

**Signature des parents :**