

Service de santé scolaire  
**Document confidentiel**

**FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS**

(A retourner, remplie et signée à l'infirmerie)

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

Date et lieu de naissance : .....

	<b>Père</b>	<b>Mère</b>	<b>Tuteur si enfant à la charge d'une tierce personne (préciser) :</b>
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 (3 injections et un rappel un an après)
- Anti Polio (Rappel obligatoire jusqu'à l'âge de 13 ans)
- BCG
- Fièvre jaune
- ROR
- Hépatite B

**HOSPITALISATION**

En cas d'urgence, l'élève sera dirigé sur la structure de soins la mieux adaptée à la situation par Cameroun Assistance, sauf demande expresse de la famille.

Dans ce cas, merci indiquer l'hôpital ou la clinique souhaité(e) :

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**SIGNATURES :**

**PERE**

**MERE**

**TUTEUR**

Madame, Monsieur,

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

1. L'AUTORISATION D'ADMINISTRER DU PARACETAMOL :

Nous, soussignés, parents de l'élève .....en classe de .....  
autorisons l'infirmière à administrer du paracétamol (Doliprane, Efferalgan.....) à notre enfant.

2. L'ORDONNANCE EN CAS DE TRAITEMENT A ADMINISTRER A L'ECOLE :

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

Tout traitement médical doit être signalé à l'infirmerie. Les élèves ne peuvent détenir de médicaments dans leurs affaires personnelles, y compris ceux pour l'asthme et le diabète.

**Signature des parents :**

**Date :**

## SERVICE DE SANTE SCOLAIRE

- Le service médical de l'école primaire D. Savio demande instamment aux parents d'informer l'infirmière scolaire pour tout élève ayant un problème de santé.
- Nous rappelons que les vaccinations scolaires obligatoires sont : **diphtérie, tétanos, poliomyélite** (4 injections), **anti-polio** jusqu'à l'âge de 13 ans, **BCG, hépatite B, ROR**. La vaccination contre **la fièvre jaune** est une formalité administrative obligatoire. Un dossier médical à jour des vaccinations permet, si perte des documents originaux, de reconstituer un carnet de vaccinations. Nous vous rappelons que les vaccins contre la typhoïde et la méningite sont fortement recommandés.
- **Les nouveaux élèves** sont priés de fournir à l'infirmière les photocopies avec leur nom et classe, des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations à jour avant la rentrée.
  - De même la fiche d'urgence pour établir (ou compléter) le dossier médical de votre enfant, doit être retournée dûment remplie et signée.

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, etc...., ou pour les indispositions habituelles et courantes, il conviendra de joindre à l'ordonnance du médecin, le médicament spécifique de l'élève susceptible d'être pris pendant les heures de cours.

Visites médicales prévues : Grandes sections, CM2 et nouveaux élèves de l'élémentaire.

- **En cas de maladies contagieuses** (arrêté du 3 mai 1989 revu en mars 2003), notamment méningite, hépatite A, scarlatine, teigne, etc.... les parents doivent aussitôt en avvertir 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.
- Afin d'éviter une épidémie de **poux**, merci de prévenir rapidement le service de santé scolaire de l'établissement (infirmière, directrice) si votre enfant en est porteur.

Le service de santé scolaire

Signature des parents :

Date :

NOM : ..... PRENOM : ..... CLASSE : .....  
(A remplir chaque année)

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 ?

.....  
.....

S'il est connu, groupe sanguin de l'élève (joindre la photocopie de la carte de groupe sanguin)

.....  
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, .....) ?

.....  
.....

Prend-il régulièrement un antipaludéen ?

Lequel ?

.....  
A-t-il des crises de paludisme fréquentes ?

.....  
A-t-il un des ces problèmes ?

Bégaiement, zézaiement, 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.