

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

- D.T. Polio. Ca : injections au cours de la 1<sup>ère</sup> année, puis à 5-7 ans, à 11-13 ans et à 25 ans, enfin DTP à 45ans ... .
- BCG : obligatoire au CAMEROUN
- Fièvre jaune : obligatoire au CAMEROUN
- ROR : fortement conseillé
- Hépatite B: fortement conseillé

**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 souhaitée (e) :

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**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 ?

.....

Quel est le 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		Convulsions	
Rougeole		Diabète		Epilepsie	
Rubéole		Asthme		Epistaxis fréquents	
Méningite		Crise de tétanie		Verrues plantaires	
Coqueluche		Rhumatisme articulaire		Autres, lesquelles :	
Oreillons		Poliomyélite			
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, zéaiement, dyslexie

Défaut de vision, lequel ? .....

Porte-t-il des lunettes ?  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.

**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 spasmodie, etc...., ou pour les indispositions 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 la vie scolaire au retour de l'enfant.
- **Visites médicales prévues au lycée** : Elèves de 3<sup>èmes</sup> et nouveaux élèves de toutes les classes.

**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 pour l'asthme et le diabète. Dans ces cas, l'élève devra faire une demande PAI (Projet d'Accueil Individualisé).*

**La Provisoire  
Aux Parents d'Elèves ou Représentants légaux**

Madame, Monsieur,

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

**L'AUTORISATION D'ADMINISTRER DU PARACETAMOL:**

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 en cas de besoin ;
- N'autorisons pas l'infirmière à administrer du paracétamol (Doliprane ou Efferalgan ou Paracétamol 500mg) à notre enfant en cas de besoin.

**Le service de santé scolaire**

**Date :** .....

**Signature des parents :**