



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Classe :

NOM DE L'ÉLÈVE : Prénom :
Date de naissance : Tél domicile :
Adresse :
N° sécurité sociale :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Numérotez l'ordre dans lequel vous souhaitez être joint :

N° ____ Père : M.	N° tel pro.....	N° portable
N° ____ Mère : Mme	N° tel pro.....	N° portable
N° ____ Autre (voisin, ami, parent proche) :	Nom :	
	Tel :	N° Portable :

- Date du dernier vaccin D.T.P. :
(Diphtérie, Tétanos, Polio – rappel tous les 5 ans)
- Date du dernier vaccin B.C.G. (vaccin non obligatoire) :
- Date du dernier contrôle B.C.G. : Résultat :
- Date de vaccination hépatite B :
- Contre-indication à tout vaccin, si nécessaire :
- Groupe sanguin :

OBSERVATIONS PARTICULIERES A SIGNALER

SI VOTRE ENFANT EST ATTEINT D'UNE MALADIE SUSCEPTIBLE D'AVOIR UN RETENTISSEMENT SUR SA VIE AU SEIN DE L'ÉCOLE.

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Handicaps moteurs, sensoriels :

Accidents antérieurs :

Interventions chirurgicales (préciser l'année) :

Allergies connues :

Asthme (fréquence des crises) :

Nom du médecin traitant :

Tél :

Tout Traitement particulier doit être signalé, les médicaments et la prescription médicale remis à l'infirmier afin d'agir en cas de nécessité.

Signature des parents :

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

Les P.A.I. sont disponibles sur notre site internet www.institut-ste-therese.fr, onglet « Vie pratique ».