



Joindre à cet emplacement  
1 vignette de votre mutuelle  
(ne pas la coller complètement s.v.p).

## Fiche de santé individuelle

Ce document doit être complété avec précision.

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne et, le cas échéant, par les prestataires de soins consultés. Conformément à la loi sur les données personnelles (loi du 8 décembre 1992), vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

### Identité de l'enfant

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

à : .....

### Renseignements concernant le responsable légal de l'élève

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Coordonnées téléphoniques Parent 1 (mère – père – autre) : Coordonnées téléphoniques Parent 2 (mère – père – autre) :

Domicile : ..... Domicile : .....

Gsm : ..... Gsm : .....

Travail : ..... Travail : .....

Autre moyen de joindre rapidement les parents (grands-parents, famille, voisins,...) :

### Nom et coordonnées du médecin traitant de l'élève

Docteur : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

### Renseignements médicaux concernant l'élève

**En cas de renseignements erronés ou incomplets, l'Autre école décline toute responsabilité.**

	Barrez la mention inutile	Précisions
Vaccination antitétanique	Oui / non	Date : .....
Opérations		
Appendicite	Oui / non	
Dents de sagesse	Oui / non	Précisez : .....
Autres opérations	Oui / non	.....
Asthme	Oui / non	Précisez : .....
Diabète	Oui / non	Type 1 – Type 2
Puberté	Oui / non / en court	
Lunettes / lentilles	Oui / non	Précisez : .....
Prothèses auditives ou dentaires	Oui / non	Précisez : .....
Votre enfant sait-il nager	Oui / non	
Votre enfant a-t-il peur de l'eau	Oui / non	
Votre enfant peut-il participer à toutes les activités	Oui / non	Précisez : .....

#### Informations et recommandations importantes :

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé (incontinence nocturne, maladies, accident, épilepsie, somnambulisme, problème cardiaque, problèmes psychiques ou physiques, ...) en indiquant les précautions à prendre. Indiquer la fréquence, la gravité des troubles ou de l'affection et les actions à mettre en œuvre pour les éviter ou y réagir.

.....  
.....  
.....

Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui – ☐ Non.

Si oui, lequel .....  
.....  
.....

Est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? ☐ Oui – ☐ Non.

**Si non, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.**

Votre enfant a-t-il des allergies ? Asthme : ☐ Oui – ☐ Non.

Alimentaires : ☐ Oui – ☐ Non.

Médicamenteuses : ☐ Oui – ☐ Non.

Autres : .....

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler).

.....  
.....  
.....

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier :

**Pour raison médicale ?** ☐ Oui – ☐ Non. **Si oui, il est impératif de compléter la feuille en annexe.**

**Pour raison philosophique ?** ☐ Oui – ☐ Non. Si oui, lequel ?

.....

#### Engagement du responsable légal

Le parent signataire prend conscience que l'école ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration des médicaments et de soins aux enfants. Nous ne nous occuperons en l'occurrence que des soins indispensables. L'école dispose d'une trousse de premiers soins.

Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments ci-après et ce, à bon escient : du désinfectant, une pommade réparatrice (brûlure solaire) ou calmante (piqûre d'insecte), une crème à l'Arnica.

Je soussigné, ....., responsable légal de .....  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise par la présente le responsable de l'école à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date :** .....

**Signature :**