



Photo de l'élève



Nom :

Prénom :



FICHE MEDICALE

ELEVE :

Nom :	
Prénom :	
Nationalité :	
Lieu de naissance :	
Date de naissance :	
Groupe Sanguin :	

RESPONSABLE LEGAL:

Nom :	
Prénom :	
Qualité :(Père/Mère/Tuteur)	
Nationalité :	
Lieu de naissance :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Code Postal :	
Localité :	
Personne à prévenir en cas d'urgence	1.
+	2.
Numéro de téléphone :	3.
	4.

MEDECIN DE FAMILLE :

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Téléphone :	1.
	2.

	<p>INTERNAT AUTONOME Avenue de Barry, 30 B 7700 MOUSCRON ☎ 0032 (0)56 856550 Fax 0032 (0)56 856559 iacf.mouscron@restode.cfwb.be</p>
---	---

ATTESTATION MEDICALE
A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN DE FAMILLE

Je soussigné,

Certifie avoir examiné :

Nom :

Prénom :

Ce dernier ne souffre d'aucune maladie contagieuse et que son état de santé lui permet de vivre en internat tout à fait normalement et sans risque pour la communauté scolaire.

Fait à, le

Cachet du médecin ;

Signature du médecin ;

FICHE SANTE.

Les renseignements ci-dessous sont confidentiels et ne pourront être consultés que par l'équipe éducative et / ou par un médecin

- Votre enfant peut-il participer aux activités proposées à l'internat ? (Sport, excursions, natation,...)
 OUI / NON
- Si non, raisons d'une éventuelle non-participation.
.....
- Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité ? (Ex : Problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, somnambulisme, handicap, ...?)
- Indiquer la fréquence, la gravité des troubles ou de l'affection et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou réagir.
.....
.....
- Sait-il nager ?
 OUI NON Très bien Bien Moyen Difficilement Pas du tout
- Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ?
 OUI NON Si oui, date du dernier rappel :
- Votre enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?
 OUI NON Si oui, lesquels :
.....
.....
Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?
.....
.....
- Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire ?
 OUI NON Si oui, précisez :
.....
.....
- Autres renseignements que vous jugez important de signaler :
 - Problème de sommeil : OUI NON
 - Incontinence nocturne (énurésie) : OUI NON
 - Problèmes psychiques ou physiques : OUI NON
 - Port de lunettes : OUI NON
 - Appareil auditif : OUI NON
- Votre enfant prend – il des médicaments ?
 OUI NON Si oui, lesquels :
.....
.....
Si oui, est-il autonome de la prise de ses médicaments ? OUI NON
Si oui, fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement.
Selon le cas, le parent signataire prend conscience que l'établissement ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicaments.
- Mon enfant est malade à la maison : → Obligation de prévenir la direction.
Si contagieux : → Obligation de retour à l'internat avec certificat médical de guérison signé par le médecin.
- Mon enfant est malade à l'internat : → L'internat prévient le responsable.
→ Obligation de venir chercher un enfant malade.

Je soussigné(e) :

Nom : _____ Prénom : _____

Responsable légal de :

Autorise la direction de l'Internat à prendre toutes mesures indispensables en cas d'intervention chirurgicale urgente à pratiquer éventuellement sur la personne de mon fils.

Il est cependant entendu que, dans la mesure du possible, la Direction de l'établissement m'avertira préalablement.

Fait à _____, le _____

Signature : _____