



**FICHE DE SANTE – Confidentielle**

**A retourner à : chantal.frumy@ac-grenoble.fr**

Interne  ½ Pensionnaire  Externe  Interne-externé(e)

**NOM** : ..... **Prénom** : ..... **Classe** : .....

Né (e) le : ..... à : ..... Nationalité : .....

Courriel élève : ..... @ .....

Portable élève : .....

Adresse élève : .....  
.....

Lycée fréquenté l'année dernière : .....

**Correspondant** (obligatoire pour les internes et internes-externé(e)s)

Nom et adresse : .....

**En cas d'urgence**

**Père :**

Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

**Mère :**

Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

**Correspondant :**

Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

**N° de Sécurité sociale** . / .. / .. / .. / ... / ... / .. / .. assurant votre enfant

**Situation des parents** : Mariés  Séparés  Divorcés  Veuf  Autre

Autorité parentale Père  Mère  Autre

Nom, prénom, profession du père : .....

Nom, prénom, profession de la mère : .....

Nombre d'enfant(s) et âge (s) : .....

**Nom, adresse et N° de Contrat d'Assurance Responsabilité Civile :**

.....

**Nom, adresse et N° de Contrat ou d'Adhérent d'Assurance Scolaire (ex : MAE...) :**

.....

### EN CAS DE SUIVI RÉGULIER

Je soussigné(e), Nom : ..... Prénom : ..... autorise mon enfant à se rendre seul en ville avec l'accord de l'administration pour : une visite dentaire, une radiographie, une prise de sang, une consultation chez un spécialiste ou autre urgence.

### EN CAS D'URGENCE

Je déclare avoir pris connaissance, qu'en cas d'urgence, il sera fait appel au SAMU (15) et que le médecin régulateur des urgences décidera des mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant.

Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.

**Date :** ..... **Signature du responsable légal :** .....

**Pour l'admission** sont exigées : une vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (D.T.P.) **à jour**.

Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, faire vacciner l'enfant dès maintenant sauf contre-indication mentionnée sur le Certificat Médical.

### REEMPLIR AVEC LE CARNET DE SANTE (ou fournir photocopie carnet de santé)

**Dates de vaccination D. T. P. :**  
.....

**Dernier rappel**  
D.T.P. : .....  
ROR : .....  
HEPATITE B : .....

### Votre enfant a-t-il eu des maladies contagieuses ? Lesquelles

Rougeole  Coqueluche  Rubéole  Oreillons  Varicelle  Scarlatine

### RENSEIGNEMENTS DIVERS

Médecin traitant : Dr .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

Groupe sanguin : .....

**Intervention chirurgicale :** ..... **Date :** .....

**Pathologie(s) :** .....

**Allergie(s) :** .....

**Handicap :** Visuel  Daltonisme  Auditif   
Trouble du langage  Dyspraxie  Dyslexie   
Dysgraphie  Autre  (préciser.....)

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un **aménagement spécifique** l'an dernier ?

PAI  PAP  PPS

Votre enfant a-t-il bénéficié d'**aménagement(s) aux examens** ?

Non  Oui  (Lesquels? .....

Ma fille/mon fils suit actuellement un traitement médical (pour l'automédication, fournir une ordonnance) : .....

.....

**CETTE CARTE REPONSE DOIT ETRE REMPLIE RECTO-VERSO  
AFFRANCHIE PAR LA FAMILLE  
ET A ENVOYER A L'ETABLISSEMENT  
FREQUENTE L'ANNE PRECEDENTE**



**ETABLISSEMENT FREQUENTE L'ANNEE DERNIERE**

---

**Service Médical Scolaire**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ACADEMIE DE GRENOBLE  
LYCEE CHAMPOLLION  
1 Cours Lafontaine  
38026 GRENOBLE Cedex  
04 76 85 59 59 – Infirmerie poste 347

## OBJET : DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Veillez nous faire parvenir le **Dossier Médical** de :

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée dans l'établissement précédent : \_\_\_\_\_

Date de l'envoi : \_\_\_\_\_

Réponse du Service de Santé Scolaire (barrer les mentions inutiles) :

DOSSIER COMPLET

DOSSIER INCOMPLET

DOSSIER NON RETROUVE

ELEVE NON INSCRIT

AUTRES RAISONS DE NON ENVOI : \_\_\_\_\_