

VILLE DE BRUXELLES

Promotion de la Santé à l'École (PSE)

FICHE MEDICALE SCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE 20..... / 20.....

Nom, Prénom :

M / F

Date de naissance :

Ecole : Lycée Henriette Dachsbeck

Classe :

Adresse de l'élève :

L'élève vit chez	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Autre personne
------------------	----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---

	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> En cas d'urgence: Autre personne à prévenir
NOM			
N° Tél. ou GSM			
N° Tél. au travail			

Médecin traitant (Nom, adresse et n° de tél.)

Vaccin antitétanique: Non - Oui Date du dernier rappel :

Problème de santé particulier (épilepsie, asthme, allergies, diabète ou autre) pouvant avoir un impact au sein de l'école :

Si un traitement doit être administré à l'école, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant la dose, la durée du traitement et/ou les circonstances d'administration :

Je soussigné(e), père, mère, tuteur/trice de l'élève :

⇒ Je suis d'accord

⇒ Je ne suis pas d'accord

pour qu'en cas de nécessité, (survenue de méningite bactérienne dans l'école), le médecin scolaire prescrive le traitement préventif adapté à mon enfant et qu'il en commence l'administration.

Je rembourserai à l'école les frais engagés.

⇒ Je suis d'accord

⇒ Je ne suis pas d'accord

pour qu'en cas de nécessité, le personnel scolaire utilise tout moyen de transport adapté à la situation de santé de mon enfant et qui permette une prise en charge rapide pour le faire bénéficier de soins en dehors de l'école.

Ces autorisations sont valables tant que mon enfant fréquente l'établissement scolaire dans lequel je l'inscris aujourd'hui.

Date et signature :