

INFORMATIONS

Année scolaire 2014-2015

L'INSTITUT ST-DOMINIQUE N'ÉTANT PAS UN DISPENSAIRE,
SEULS SERONT ASSURÉS LES PETITS SOINS ET LE SUIVI DES TRAITEMENTS MÉDICAUX.

Par conséquent, nous demandons aux familles :

- de ne pas envoyer en classe l'enfant dont l'état de santé nécessite une consultation médicale.
- de venir chercher leur enfant dès lors qu'une consultation médicale s'impose.
- de **PRÉVENIR** le secrétariat, dès que possible, de l'absence de votre enfant.
(par téléphone ou par mail à l'adresse : infirmerie@stdo-60.fr)

IMPORTANT : Prière d'informer immédiatement le secrétariat de toute modification affectant vos coordonnées téléphoniques.

TRAITEMENTS MÉDICAUX

Si votre enfant doit suivre un traitement, veuillez apposer sur l'ordonnance (ou sa copie) une note l'autorisant à prendre ses médicaments et confier ordonnance et médicaments à l'infirmerie. Les élèves qui suivent un traitement contre l'asthme, peuvent avoir leur inhalateur sur eux, mais sont priés de déposer une ordonnance de leur médecin en début d'année scolaire.

Pour les cas particuliers importants à signaler, merci d'appeler l'infirmière avant la rentrée.

VISITE MÉDICALE

Elle concerne les **ÉLÈVES DE CM2 UNIQUEMENT**.
Un courrier vous sera adressé en temps utile.

MALADIES CONTAGIEUSES

Rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, coqueluche ...
PRIÈRE DE PRÉVENIR IMMÉDIATEMENT L'INFIRMIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT.

RÉGIME ALIMENTAIRE

Afin d'éviter tout malentendu, nous demandons aux familles dont les enfants seraient concernés d'en informer Mme I. MOIZARD, infirmière, et les responsables de cycle correspondant qui avertiront le service de restauration.

ÉDUCATION PHYSIQUE

Elle est obligatoire pour tous les élèves. **Seules seront acceptées les dispenses justifiées par la présentation d'un certificat médical valide et dûment renseigné.**



FICHE SANTÉ

Année scolaire 2014-2015

NOM de l'élève.....PRÉNOM.....

Date de naissance.....CLASSE (2014-2015) :

NOM des parents ou du représentant légal :

Adresse

N° matricule et adresse du centre de SÉCURITÉ SOCIALE :
.....
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille, par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant les numéros de téléphone ci-après :

1.N° de téléphone du domicile :

2.N° du travail du père : Portable :

3.N° du travail de la mère : Portable :

4.Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....
.....

MESURES MÉDICALES D'URGENCE

En cas d'accident, de malaise ou de maladie grave survenant à notre enfant, nous soussignés,
Monsieur et/ou Madame

- Prenons bonne note que notre enfant
sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital de SENLIS.

- Autorisons le personnel de l'Institut Saint-Dominique à prendre à notre place les décisions
nécessaires, s'il est impossible de nous joindre par téléphone ou si le temps presse.

- Autorisons l'anesthésie de notre enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie
aiguë à évolution rapide, elle/il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le

Signature des parents, précédée de la mention « lu et approuvé »

RENSEIGNEMENTS

MÉDICAMENTS à éviter absolument :

NOM, adresse et N° de tél. du MÉDECIN traitant :

TRAITEMENT médical en cours et pathologie correspondante:

La date du dernier rappel de vaccination DTP coq (contre la diphtérie, le tétanos, la polyomyélite et la coqueluche) : (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel à l'âge de 6 ans, 11 ans puis tous les 20 ans à partir de 25 ans et tous les 10 ans après 65 ans)

Les 2 dates de vaccination ROR (Priorix) (contre la rougeole, les oreillons et la rubéole) :
..... et

A-t-il été malade récemment ?

.....

Des changements sont-ils intervenus dans la famille ?

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

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (*maladie, hospitalisation, allergies, régime, asthme, diabète, épilepsie, port de lentilles, prothèses auditives ou dentaires ...*) en précisant les précautions particulières à prendre :

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

POUR TOUS :

MERCI de joindre à ce document les photocopies de
votre **ATTESTATION D'ASSURANCE MALADIE** (sécurité sociale) et de
votre **ATTESTATION de TIERS PAYANT** (mutuelle)

(L'assurance individuelle accident - la Mutuelle Saint-Christophe - couvre votre enfant toute l'année, il n'est donc pas demandé d'attestation d'assurance accident scolaire et extrascolaire).

NOUVEAUX ÉLÈVES de Primaire :

Afin que nous puissions entrer rapidement en possession du dossier médical de votre enfant, veuillez indiquer ci-dessous le **NOM et l'ADRESSE COMPLÈTE** de la dernière école fréquentée :
Année scolaire 2013-2014 :



<p>FICHE SANTÉ ET PHOTOCOPIES SONT À REMETTRE SOUS ENVELOPPE PORTANT LE NOM, LE PRÉNOM ET LA CLASSE DE L'ENFANT <u>LE JOUR DE LA RENTRÉE AU PROFESSEUR PRINCIPAL.</u></p>
--