

INFORMATIONS SANTE

DOSSIER MEDICAL 2023-2024

Le soutien médical de votre enfant scolarisé au Prytanée national militaire est assuré par la 117^{ème} antenne médicale (14^{ème} centre médical des armées).

Vous trouverez ci-dessous :

- des informations sur notre fonctionnement,
- la liste des documents à fournir le jour de la rentrée scolaire.

Si votre enfant bénéficie d'un suivi médical particulier et/ou d'un traitement régulier au long cours, veuillez prendre contact avec l'antenne médicale au moment de l'inscription afin de nous assurer que nous puissions accueillir votre enfant dans de bonnes conditions au sein de l'établissement.

Fonctionnement de l'antenne médicale

L'antenne médicale est ouverte du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00, il est important que votre enfant connaisse et respecte ces horaires, ceci afin d'éviter le recours aux services d'urgence civils pour un motif qui aurait pu être évalué et pris en charge au sein de l'antenne médicale.

L'antenne est fermée pendant les vacances scolaires.

L'équipe est composée d'un médecin généraliste, d'un psychologue, de 4 infirmiers, de 3 auxiliaires sanitaires et d'une secrétaire.

L'antenne médicale est située sur 2 sites :

- La partie principale de l'antenne médicale se situe en face du Quartier Henri IV,
- Des entretiens et soins paramédicaux sont assurés sur une annexe au sein du Quartier Gallieni, au profit des élèves du Lycée (les lundis, mardis, jeudis et vendredis matins).

Nos coordonnées sont les suivantes :

117^{ème} antenne médicale
14^{ème} centre médical des armées
22, rue du collège
CS 30 110
72208 LA FLECHE Cedex

Accueil : 02.43.48.59.77
Secrétariat : 02.43.48.59.72
Fax : 02.43.48.59.78
Mail : cma14-am117.contact.fct@intradef.gouv.fr

Consultation médicale

Votre enfant peut consulter à sa demande et gratuitement à l'antenne médicale.

Il sera reçu dans un premier temps par un infirmier pour évaluation et orientation. En fonction du motif exprimé, il sera éventuellement orienté vers une consultation auprès du médecin.

Suite à l'entretien paramédical ou la consultation médicale, les élèves peuvent être :

- Jugés aptes au retour en cours,
- Gardés en surveillance à l'antenne médicale pendant la journée (pas de surveillance de nuit), aucun repos en chambre n'est autorisé pour les élèves de Gallieni pendant les heures ouvrables de l'antenne médicale.
- Evacués vers le service des urgences du Pôle Santé Sarthe et Loir ou des environs (Angers, Le Mans). Si l'élève est mineur, l'antenne médicale prévient la famille, s'il est majeur, les parents sont prévenus uniquement si l'état de santé de leur enfant le nécessite,
- Orientés à leur domicile sur décision médicale (**au sein de sa famille**, ou à défaut, **chez son correspondant**). Une éviction scolaire est notamment systématique pour certaines maladies (cf. annexe 5).

Fonctionnement en heures non ouvrables (17h00 - 8h00 / le week-end / jours fériés)

Aucune consultation médicale ou entretien paramédical ne sera assuré par l'antenne en heures non ouvrables. Un recours aux services d'urgences civiles (15 ou 112) sera donc nécessaire sur appel de l'encadrement militaire.

Seuls les soins infirmiers programmés seront assurés (pansements, injection...), après entente entre votre enfant et un infirmier de l'antenne médicale.

En cas d'orientation en milieu de soins civils : le chef de section prévient le/les parents de l'élève mineur. Pour les majeurs, les parents sont prévenus uniquement si l'élève donne son consentement.

En cas de soins en milieu civil

Il est parfois nécessaire d'avoir recours à des praticiens spécialisés civils (kinésithérapeute, radiologue...) dont les honoraires sont à la charge des familles. Il est donc nécessaire de fournir à votre enfant sa carte vitale (ou copie attestation sécurité sociale à jour), une copie de la carte de mutuelle de l'année en cours et un moyen de paiement. Dans certains cas, le praticien se charge d'envoyer les factures au domicile des parents qui devront régler directement auprès du praticien civil.

En cas d'orientation en heures non ouvrables vers la maison médicale de garde, la consultation est à régler sur place directement et le remboursement se fera dans un second temps.

La prise de rendez-vous et le transport en milieu civil est à la charge du patient (si majeur), ou des parents (si élève mineur). Les consultations spécialisées non urgentes doivent être prévues par les parents pendant les vacances scolaires (séances orthophonie, orthodontie, dentiste...).

Médicaments

Hors urgence médicale, l'antenne ne délivre pas de médicaments. Les élèves pourront se rendre en pharmacie munis ou non d'une ordonnance.

Pour ce faire, chaque élève devra se munir des attestations de carte vitale et mutuelle (possibilité de faire établir une carte vitale en nom propre de l'élève dès l'âge de 11 ans auprès de la sécurité sociale dont il dépend), ainsi qu'un peu de liquidités.

Le cas échéant, nous conseillons fortement aux parents d'élèves **mineurs (ne disposant pas de leur propre carte vitale)** de les « inscrire » munis de ces documents dans une à deux pharmacies de La Flèche le jour de l'incorporation. Cette démarche permettra ainsi à votre enfant de gagner du temps le jour où il aura besoin de récupérer un traitement (le pharmacien ne lui demandera que son identité et non sa carte vitale et de mutuelle).

Un plan avec la liste des pharmacies sera affiché le jour de la rentrée dans la salle où se déroulera l'entretien d'incorporation.

Nous vous recommandons de fournir à votre enfant quelques médicaments pour une automédication prudente et raisonnée (antiseptique, compresses, paracétamol, spasfon).

Vaccinations

Le seul vaccin obligatoire pour intégrer le Prytanée National Militaire est le DTP (« Tétanos »).

Compte tenu de la vie en collectivité (et du fort risque de « transmission de maladies » qui y est associé) et conformément aux recommandations vaccinales nationales en vigueur, il est conseillé de faire vacciner votre enfant avant son arrivée contre :

- Coqueluche (valence incluse dans le vaccin dTcaP)
- Rougeole, les Oreillons et la Rubéole (vaccin ROR) : vaccin **particulièrement conseillé** compte tenu du contexte épidémique en France en 2018 (2 doses de vaccin)
- Méningites B et C
- Hépatite B
- Varicelle
- Papilloma virus (recommandé également pour les garçons depuis 2019 par l'HAS)
- Grippe saisonnière
- Covid19

En cas « d'épidémie » au sein de l'établissement, une mise à jour ou un rappel vaccinal peut être conseillé à votre enfant. C'est pourquoi, une autorisation de vaccination contre ces maladies (annexe 3) est jointe au dossier et doit être remplie pour les élèves mineurs (votre enfant ne sera vacciné **qu'en cas de besoin**, conformément aux recommandations nationales en vigueur).

Information des parents

Les personnels de l'antenne médicale ne contactent les parents d'un élève qu'en cas :

- d'évènement ou pathologie grave,
- de maladie contagieuse nécessitant des mesures particulières dans le cercle familial,
- d'évacuation en urgence vers l'hôpital de proximité en heures ouvrables (en heures non ouvrables, l'information vous sera transmise par l'encadrement),
- de retour nécessaire au domicile familial,
- de situation particulière ou besoin estimé par un professionnel de santé (au cas par cas).

Pour les consultations courantes ou programmées en milieu civil, nous laissons à votre enfant le soin de vous communiquer les éléments le concernant.

En cas de consultation auprès du psychologue, les parents ne sont pas systématiquement informés.

Mineur ou majeur, votre enfant bénéficie du secret médical/professionnel, et les éléments transmis lors des entretiens ne vous seront communiqués qu'avec son accord (sauf situation exceptionnelle).

Transport

En cas de consultation médicale, le transport de votre enfant est organisé comme suit :

- En heures ouvrables :
 - En cas de consultation médicale aux urgences sans nécessité de transport sanitaire, le transport sera assuré par l'antenne médicale ou les cadres des compagnies.
 - En cas de consultation avec nécessité de transport sanitaire, le transport sera assuré par une ambulance, par les pompiers ou par le SAMU selon la gravité de l'état de votre enfant et sur décision du médecin régulateur du 15/112,
 - En cas de rendez-vous programmés en milieu civil, l'organisation du transport est à la charge des parents.

Il est à noter que certains parkings d'établissements de soins sont payants : les frais de parking restent donc à votre charge et à régler immédiatement par votre enfant.

- En heures non ouvrables :
 - le médecin de la régulation 15 déploiera le moyen de transport le plus adapté à votre enfant selon le bilan téléphonique qui lui sera fait.

Maladies contagieuses :

Les maladies à éviction obligatoire, rappelées en annexe V, nécessitent un retour ou un maintien à domicile obligatoire.

En outre, l'antenne médicale est décisionnaire quant à la nécessité de renvoyer un élève dans ses foyers en cas de pathologie contagieuse, notamment en cas d'épidémies ou viroses hivernales.

Concernant le COVID-19 et conformément aux mesures en vigueur, l'isolement n'est plus systématique. Les tests de dépistage ne le sont plus non plus, mais seront réalisés au cas par cas et au besoin.

Le port du masque au sein de l'antenne médicale n'est plus obligatoire. Il reste cependant nécessaire en cas de symptômes grippaux et sur décision de l'antenne médicale, lors de certaines périodes d'épidémies virales. Les élèves devront donc détenir une boîte de masque chirurgicaux en chambre.

Pour les familles éloignées du Prytanée, il leur est donc fortement conseillé de désigner des correspondants locaux en mesure de venir chercher l'élève au lycée. Dans cet optique, il est préférable d'éviter les personnes fragiles sur le plan médical.

LISTE DES DOCUMENTS

- **L'ensemble des documents seront mis dans une enveloppe A4, fermée, étiquetée de la manière suivante :**

117AM

CONFIDENTIEL MEDICAL

NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE de l'élève

- **L'enveloppe sera remise en main propre par l'élève à l'antenne médicale le jour de son incorporation.**
- **En cas de non présentation du dossier complet, l'élève ne sera pas incorporé.**

POUR TOUS LES NOUVEAUX ELEVES DU LYCÉE

(Secondes, premières, terminales)

- Une photocopie de l'attestation de sécurité sociale **de l'élève** et de mutuelle en cours de validité,
- Photocopie de la carte d'identité **recto-verso**,
- Tout document médical qu'il serait utile de porter à la connaissance de l'antenne médicale (suivi médical, traitement en cours, allergies...).
- Autorisation de soins ci-jointe (annexe 1), **signée des deux parents** (le cas échéant fournir une **attestation sur l'honneur justifiant l'absence d'une des deux signatures**).
- Autorisation de circuler ci-jointe (annexe 2), signée des deux parents (le cas échéant fournir une attestation sur l'honneur justifiant l'absence d'une des deux signatures).
- Autorisation de vaccination (même si vous refusez la vaccination, cochez « Non » dans ce cas) (annexe 3).
- Un certificat du médecin traitant (annexe 4) mentionnant :
 - L'absence de contre-indication à la pratique du **sport en compétition (dont course à pieds, natation et vélo)** afin que votre enfant puisse participer aux activités sportives proposées en dehors de l'établissement, en milieu civil et dans le cadre du Club Sportif Educatif.
- Attestation des représentants légaux (annexe 6).
- Questionnaire de santé rempli et **signé des 2 parents** (annexe 7).
- Carnet de Santé (original), à présenter le jour de l'incorporation lors de l'entretien infirmier, + **photocopies de toutes les vaccinations**, y compris les pages vierges (vaccination antituberculeuse BCG, tests tuberculiques, vaccinations antipoliomyélitique – antidiphthérique – antitétanique – anticoquelucheuse – antihaemophilus – antihépatite B, vaccinations antirougeoleuse – antirubéolique – antiourlienne – autres vaccinations, vaccinations suite) + **photocopies des maladies contagieuses et épidémiques** (Si carnet de santé perdu, merci de demander au médecin traitant un historique de la vaccination de votre enfant).

- Si votre enfant bénéficiait d'un projet d'accueil individualisé (PAI) dans son précédent établissement scolaire, le ramener le jour de l'incorporation, ainsi que l'ordonnance des traitements habituels de votre enfant et son traitement en cas de crise.

POUR TOUS LES ANCIENS ELEVES DU LYCEE

(Terminales, Premières, Redoublants)

- Une photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de mutuelle en cours de validité (**en plus de celles demandées par les autres bureaux du Prytanée**),
- Un certificat du médecin traitant (annexe 4) mentionnant :
 - o L'absence de contre-indication à la pratique du **sport en compétition (dont course à pieds, natation et vélo)** afin que votre enfant puisse participer aux activités sportives proposées en dehors de l'établissement, en milieu civil et dans le cadre du Club Sportif Educatif.
- Photocopie de la page vaccinations du carnet de santé si votre enfant a été vacciné en dehors de l'antenne médicale depuis son arrivée au Prytanée (par exemple par son médecin traitant pendant les vacances).
- Tout nouvel élément d'ordre médical doit être porté à la connaissance de l'antenne médicale (PAI, opérations, vaccinations, etc).

POUR LES NOUVEAUX ELEVES DE CLASSES PRÉPARATOIRES (CPES et CPGE)

(Élèves arrivants en 1^{ère} année de classes préparatoires **ET** élèves intégrant la 2^{ème} année de classes préparatoires provenant d'un autre lycée de défense)

- Une photocopie de l'attestation de sécurité sociale de l'élève et de mutuelle en cours de validité
- Photocopie de la carte d'identité **recto-verso**,
- **Pour les mineurs :**
 - Autorisation de soins ci-jointe (annexe 1), **signée des deux parents** (le cas échéant fournir une attestation sur l'honneur justifiant l'absence d'une des deux signatures),
 - Autorisation de circuler ci-jointe (annexe 2), **signée des deux parents** (le cas échéant fournir une attestation sur l'honneur justifiant l'absence d'une des deux signatures),
 - Autorisation de vaccination (annexe 3).
- Carnet de Santé (original), à présenter le jour de l'incorporation lors de l'entretien infirmier, + **photocopies de toutes les vaccinations**, y compris les pages vierges (vaccination antituberculeuse BCG, tests tuberculiques, vaccinations antipoliomyélitique – antidiphtérique – antitétanique – anticoquelucheuse – antihaemophilus – antihépatite B, vaccinations antirougeoleuse – antirubéolique – antiourlienne – autres vaccinations, vaccinations suite) + **photocopies des maladies contagieuses et épidémiques** (Si carnet de santé perdu, merci de demander au médecin traitant un historique de la vaccination de votre enfant).
- Un certificat médical d'aptitude à l'admission en lycée militaire au titre de l'aide au recrutement établi **auprès d'un médecin militaire**.
- Un certificat du médecin traitant (annexe 4) mentionnant :
 - L'absence de contre-indication à la pratique du **sport en compétition (dont course à pieds, natation et vélo)** afin que votre enfant puisse participer aux activités sportives proposées en dehors de l'établissement, en milieu civil.

AUTORISATION DE SOINS

A compléter pour tous les élèves **MINEURS** - Merci d'utiliser une **encre noire**
 [Ce document doit être signé par les **2 titulaires** de l'autorité parentale. A défaut, aucune prise en charge ne pourra avoir lieu. Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (décision de justice, attestation sur l'honneur ...)]

NOM et Prénom de l'élève :
 Date de naissance : Lieu :
NOM du dernier vaccin antitétanique : DATE de vaccination :

Renseignements

N° de sécurité sociale couvrant l'élève :
 Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale :
 N° de mutuelle couvrant l'élève :
 Nom et adresse de la caisse de mutuelle :

Personnes(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom et prénom :
 Adresse :

| Je soussigné(e) | Je soussigné(e) |
|--|--|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| En qualité de père/mère/tuteur légal (rayer les mentions inutiles) | En qualité de père/mère/tuteur légal (rayer les mentions inutiles) |
| Portable : | Portable : |
| Mail : | Mail : |

- 1- Accepte(nt)** que les personnels de l'antenne médicale (Service de Santé des Armées), du PNM (Prytanée National Militaire) et des autres établissements fréquentés par mon enfant, **autorisent**, en mon nom, tout soin, consultation, injections hors vaccinations, prescription médicamenteuse, prise en charge médicale, intervention chirurgicale et anesthésie qui sera(ont) jugé(s) nécessaire(s), pour la durée de sa scolarité au sein du PNM.
- 2- Autorise(nt)** les personnels de l'antenne médicale (Service de Santé des Armées), du PNM (Prytanée National Militaire) et des autres établissements fréquentés par mon enfant à transporter et récupérer mon enfant à l'hôpital ou dans tout autre établissement de santé, pour la durée de sa scolarité au sein du PNM.

NB : Cette autorisation de soin est révocable à tout moment sur demande écrite des représentants légaux.

A, le.....

Signatures précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Père
Mère
Tuteur légal

AUTORISATION DE CIRCULER

A compléter pour tous les élèves **MINEURS** - Merci d'utiliser une **encre noire**
[Ce document doit être signé par les **2 titulaires** de l'autorité parentale. Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve (décision de justice, attestation sur l'honneur ...)]

Je soussigné(e) :

.....

Agissant en qualité de : père - mère - tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

Je soussigné(e) :

.....

Agissant en qualité de : père - mère - tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

Accepte(nt) que mon enfant

Nom et prénom de l'élève :

Se rend à pied, si son état de santé le permet :

- Du Quartier Gallieni ou Henri IV du Prytanée National Militaire au site principal de la 117^{ème} antenne médicale (face au Quartier Henri IV),
- A un rendez-vous chez un spécialiste à La Flèche (dentiste, kinésithérapeute, ORL...),
- Dans une pharmacie de La Flèche.

Se rend à un rendez-vous en transport en commun ou taxi chez un spécialiste hors de La Flèche (Angers, Le Mans, ...).

NB : Cette autorisation de circuler est valable pour la durée de sa scolarité au sein du PNM.

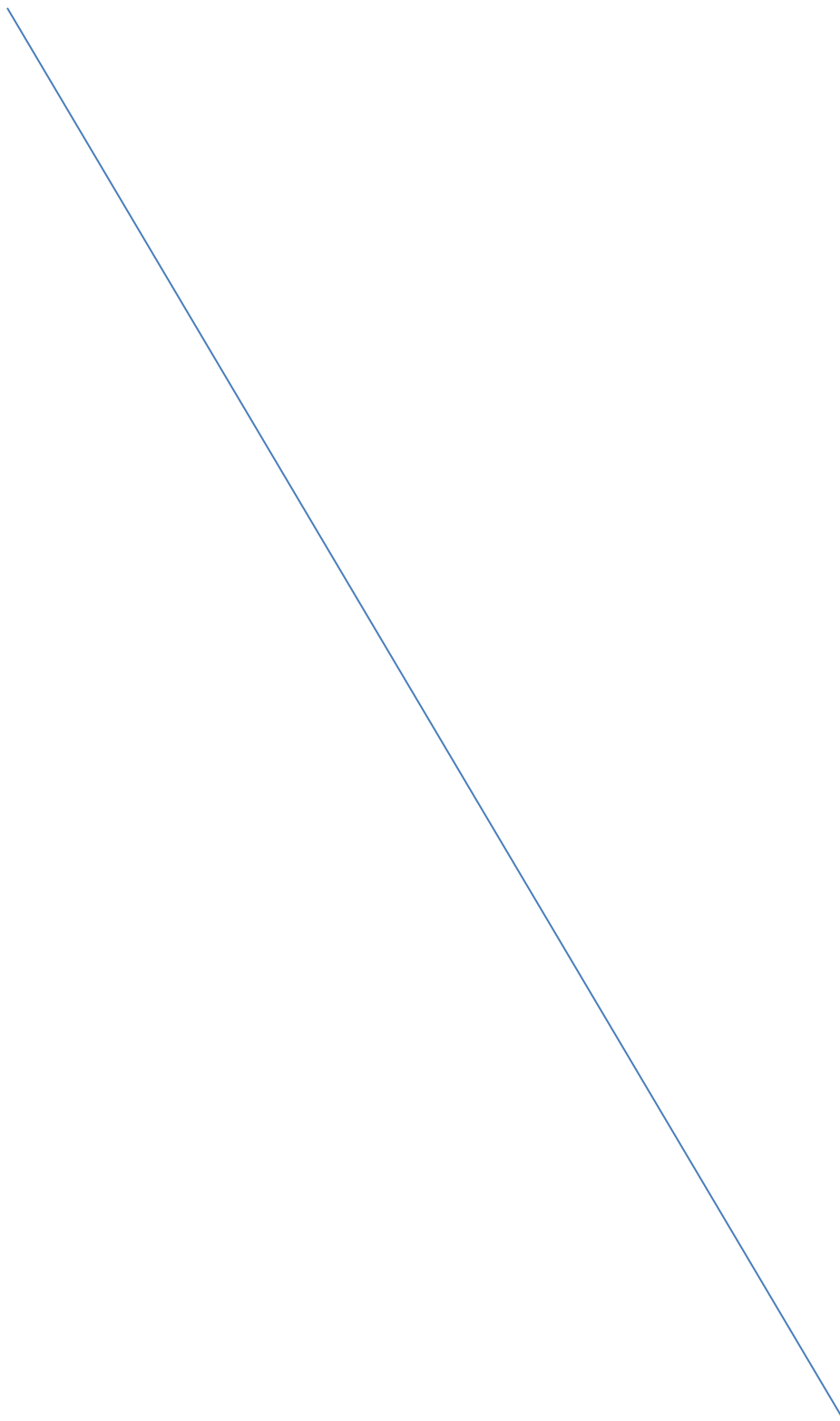
A, le

Signatures

Père

Mère

Tuteur légal



AUTORISATION DE VACCINATION

A remplir par les 2 parents/représentants légaux de l'élève mineur

Merci d'utiliser une **encre noire**

Je soussigné(e) :

.....

Agissant en qualité de : père - mère - tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

Je soussigné(e) :

.....

Agissant en qualité de : père - mère - tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

Accepte(nt) que mon enfant :

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Classe :

Soit vacciné si besoin (non à jour et/ou contact avec un élève malade, épidémie, volonté du patient ou de ses parents), et sur prescription médicale contre (rayer la mention inutile) :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ▪ ROR : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Méningites : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ DTCP (diphtérie-tétanos-coqueluche-polio) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Varicelle : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Grippe : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Papillomavirus humains : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Hépatite A : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Hépatite B : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Fièvre Typhoïde : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

NB : Cette autorisation de vaccination est valable pour la durée de sa scolarité au sein du PNM.

A, le

Signatures

Père

Mère

Tuteur légal

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné ce jour

Né(e) le

Il/Elle ne présente à ce jour pas de contre-indication apparente :

- à la pratique du sport en compétition (dont course à pied, natation et vélo).

Il/elle est à jour des vaccinations légales (diphtérie, tétanos, poliomyélite)

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e)

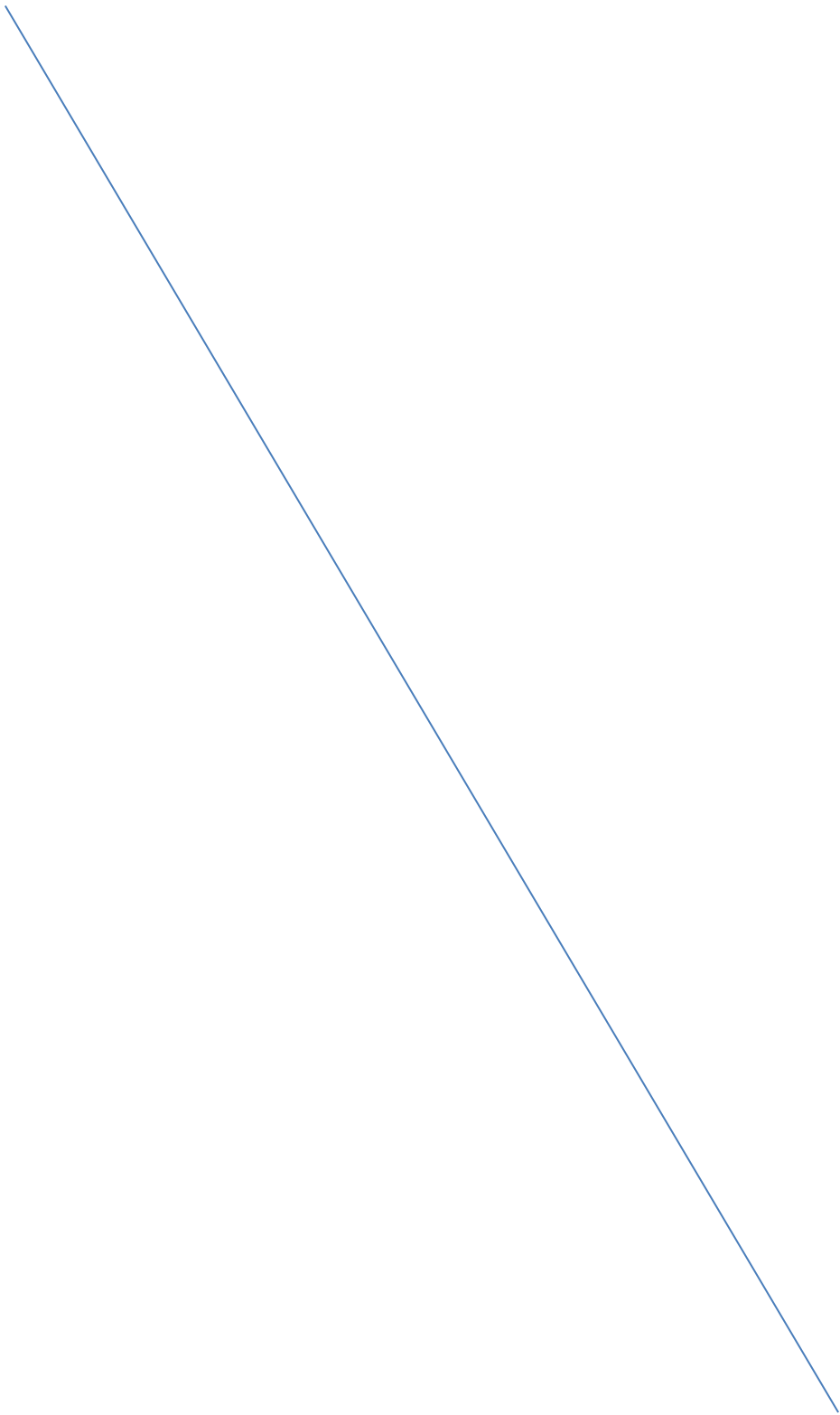
A, le

Signature et cachet du médecin

| |
|---|
| LISTE DES MALADIES A EVICTION SCOLAIRE |
|---|

| MALADIE | EVICTION |
|---|---|
| Coqueluche | 3 à 5 jours après le début du traitement antibiotique (en fonction de l'antibiotique prescrit) |
| Dysenterie amibienne ou bacillaire | Jusqu'à guérison clinique |
| Gale | Jusqu'à 3 jours après traitement |
| Gastro entérite à shigelles ou E.coli et fièvre typhoïde et paratyphoïde | Jusqu'à négativation de deux coprocultures à au moins 24 heures d'intervalle, 48 heures après la fin du traitement |
| Hépatite A | 10 jours après le début de l'ictère (jaunisse) et le traitement |
| Impétigo (et autres pyodermites) | Non, si les lésions peuvent être protégées Oui, dans les autres cas et pendant 72 heures après le début de l'antibiothérapie |
| Infection à streptocoque A (angine TDR+ et scarlatine) | 2 jours après le début de l'antibiothérapie |
| Infections invasive à méningocoque | Jusqu'à guérison clinique |
| Oreillons | 9 jours après le début de la maladie (parotidite) |
| Pédiculose | Pas d'éviction si traitement |
| Rougeole | 5 jours à partir du début de l'éruption |
| Syndrome grippal épidémique | 5 jours après le début de la maladie |
| Teignes | Non si présentation d'un certificat médical attestant la prescription d'un traitement adapté |
| Tuberculose respiratoire | Jusqu'à présentation d'un certificat médical de non contagion (attestant de la négativité de l'expectoration) |
| Varicelle | Non, cependant la fréquentation scolaire à la phase aigüe de la maladie n'est pas souhaitable |
| Covid 19 | Eviction scolaire selon protocole en vigueur. |

Si votre enfant présente une maladie qui le met en difficulté et/ou des signes cliniques tels que : abattement, fièvre intense non réactive au traitement, diarrhée profuse et vomissements, difficultés respiratoires, difficultés alimentaires ; il devra être soigné, au mieux de son intérêt, dans son milieu familial ou habituel.



**ATTESTATION DU (DES) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)
À JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE**

Nous soussignés (représentants légaux),

-

-

certifions que l'enfant

candidat à l'admission en classe dedans l'établissement

au titre de l'aide à la famille¹:

ne nécessite pas d'adaptations ou d'aménagements des conditions de scolarité ou d'hébergement pour raison de santé, ou un suivi médical particulier.

nécessite des adaptations ou des aménagements des conditions de scolarité ou d'hébergement pour raison de santé, ou un suivi médical particulier, et demandons une admission à titre dérogatoire aux conditions d'aptitude médicale et joignons les documents utiles à l'instruction de la demande².

sommes informés que l'admission est subordonnée au résultat de la visite médicale d'aptitude effectuée par le médecin du lycée et qu'une inaptitude médicale définitive constatée en cours de scolarité entraîne l'exclusion.

Date et signatures du(es) représentant(s) légal(aux)

¹ Cochez une seule case

² Liste des pièces à fournir définies par circulaire.

Annexe 7 SANTE



CONFIDENTIEL MEDICAL
QUESTIONNAIRE DE SANTE
A PRESENTER LE JOUR DE LA RENTREE SCOLAIRE SOUS ENVELOPPE SCLEE

ANNEE SCOLAIRE : 20 / 20

Classe :

| | |
|--|--|
| ENFANT | MEDECIN TRAITANT |
| Nom : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Nom : Adresse : Tél : |
| REPRESENTANT LEGAL 1 | ALLERGIES |
| Nom : Prénom : Adresse : Tél domicile : Signature : Portable : Tél travail : Courriel : | Médicamenteuse OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Alimentaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si réponse oui, précisez : Trousse d'urgence ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| REPRESENTANT LEGAL 2 | ANTECEDENTS - MALADIES |
| Nom : Prénom : Adresse : Tél domicile : Signature : Portable : Tél travail : Courriel : | Asthme OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Diabète OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Epilepsie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Psychologique OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autres OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : |
| AUTRE PERSONNE A CONTACTER | TRAITEMENTS EN COURS |
| Nom : Prénom : Lien de parenté avec l'enfant : Tél domicile : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (joindre obligatoirement les copies des ordonnances) |
| Numéro de sécurité sociale de l'élève (joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de sécurité sociale) | INTERVENTIONS CHIRURGICALES RECENTES |
| N° Adresse du centre de sécurité sociale : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si réponse oui, précisez : |
| Mutuelle et numéro d'adhérent (joindre obligatoirement la photocopie de la carte mutuelle) | EXISTENCE PAI |
| Mutuelle : N° | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si réponse oui, précisez : |
| VACCINATIONS | |
| Joindre les photocopies des pages vaccinations et maladies infantiles du carnet de santé <u>mentionnant le nom et prénom de l'enfant</u> ou à défaut tout autre justificatif vaccinal. → Les exemptions vaccinales pour raison médicale doivent être justifiées. | |

