Fiche individuelle de santé - Isma Fondamental

Les données transmises ici sont des données sensibles au sens du RGPD. Elles visent à : prévenir toute situation problématique, apposer en toute connaissance les soins de base pouvant s’avérer nécessaires dans la gestion des accidents du quotidien, informer les services d’urgence en cas d’accident.

Vous disposez à l’égard de ces données des mêmes droits que ceux que vous pouvez exercer pour les données personnelles.

Le signataire de cette fiche certifie l’exactitude des renseignements donnés et autorise l’équipe d’encadrement à prendre, après avis d’un médecin, toutes mesures d’ordre médical ou chirurgical que nécessiterait l’état de santé de l’enfant, après consultation des parents, dans la mesure des possibilités laissées par l’urgence.

# Coordonnées de l’élève :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe : (F/M)

Mutuelle : N° national :

Nom responsable légal :

# Personnes à contacter en cas d’urgence :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOM, Prénom | Lien de parenté | GSM | Domicile | Travail |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Médecin traitant : Tél :

1. **Données médicales :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hémophilie : Oui - Non | | |
| Vaccin antitétanique : Oui - Non | Sérum antitétanique : Oui - Non | Si oui, quand ? |

L’enfant est-il sujet à une ou plusieurs affection(s) suivante (s) ?

|  |  |
| --- | --- |
| Syncopes : Oui – Non | Diabète : Oui - Non |
| Crises d’asthme : Oui – Non | Mal du voyage : Oui - Non |
| Crises d’épilepsie : Oui – Non | Incontinence : Oui – Non |
| Crises de somnambulisme : Oui – Non | Crises nerveuses : Oui - Non |

L’enfant souffre-t-il d’une autre maladie ? Oui – Non

Si oui, laquelle?

L’enfant est allergique:

|  |  |
| --- | --- |
| Aux médicaments suivants : | Aux aliments suivants : |
|  |  |
| **Néant** (Merci de barrer la case le cas échéant) | **Néant** (Merci de barrer la case le cas échéant) |

S’il vous semble judicieux de communiquer d’autres informations médicales qui pourraient s’avérer précieuses, merci de le faire ci-dessous.

Certifié sincère et véritable, le / / 20 ...

NOM, prénom et signature des parents