



Providence

Moussaillons

Ecole Fondamentale Libre Subventionnée

Providence et Moussaillons

Rempart de la Tour, 2

Rue des Capucins, 17

5590 CINEY

☎ 083/21.57.65

✉ direction@provimouss.be

💻 www.provimouss.be

Fiche individuelle de santé 2025-2026

Coordonnées

Elève

NOM : _____ Prénom : _____

Classe : _____

Responsable légal (personne qui possède la même adresse que l'enfant sur la composition de ménage)

NOM : _____ Prénom : _____

Médecin traitant

NOM : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____

Prise de médicaments

L'enfant doit-il prendre des médicaments durant sa présence à l'école ?

☐ Oui*

☐ Non

* Dans ce cas, il est nécessaire de joindre un certificat reprenant les précisions nécessaires : médicament prescrit, dosage, fréquence, durée du traitement, moments, conditions, ...

Vaccination

L'enfant est-il vacciné contre le tétanos ?

☐ Oui*

☐ Non

Date de la dernière dose : _____

Etat de santé

L'enfant est-il allergique ou intolérant à certains **médicaments** ?

☐ Oui ☐ Non

Lesquels ? _____

L'enfant est-il allergique ou intolérant à **certaines matières ou aliments** ?

☐ Oui ☐ Non

Lesquels ? _____

L'enfant a-t-il de l'**asthme** ?

☐ Oui ☐ Non

L'enfant souffre-t-il d'**épilepsie** ?

☐ Oui ☐ Non

Autres renseignements utiles : _____

Avertissements

Le parent ou tuteur légal doit prévenir **le plus rapidement possible** la direction de l'école (083/21.57.65) dans les cas suivants : *méningite à méningocoque, poliomyélite, diphtérie, rougeole, hépatite A, tuberculose, coqueluche, oreillons, rubéole, gastro-entérite, varicelle, gale, impétigo, teigne du cuir chevelu, pédiculose (poux), scarlatine.*

En cas d'urgence, les parents ou tuteurs légaux seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur consentement.

En cas d'alerte nucléaire, les parents ou tuteurs légaux autorisent leur enfant à recevoir de l'iode. Si l'enfant présente une contre-indication à l'iode, cocher cette case ☐.

En cas de méningite à méningocoque, les parents ou tuteurs légaux autorisent leur enfant à recevoir une prophylaxie adaptée via le médecin du service PSE ☐ Oui
☐ Non

Je soussigné _____, responsable légal de _____
déclare que toutes les informations données sont sincères et véritables. Je déclare
avoir bien lu et compris les informations reprises sur cette fiche.

Date : _____

Signature :