Bulletins de santé. Destiné aux parents.

Numéro d'inventaire : 2010.07779 (1-2)
Type de document : imprimé divers
Éditeur : Ministère de la Santé
Date de création : 1960 (vers)
Description : Deux feuilles simples de dimensions différentes en partie imprimées recto et verso.
Mesures : hauteur : 260 mm ; largeur : 150 mm
Notes : Bulletins de santé non renseignés. Indice 1 : formulaire émanant du Ministère de la Santé et de la Famille et de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Indice 2 : formulaire émanant du Ministère de la Santé et de la Direction départementale de l'Action sanitaire et sociale.
Mots-clés : Médecine scolaire, y compris suivi psychologique
Filière : non précisée
Niveau : non précisée
Autres descriptions : Langue : Français
Nombre de pages : n.p.
Commentaire pagination : 4 pages
ill.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

SANTÉ SCOLAIRE

BULLETIN DE SANTÉ

DESTINÉ AUX PARENTS

(Ce bulletin est à conserver. Il servira, le cas échéant, de fiche de liaison avec les centres de vacances)

J'ai l'honneur de vous informer que votre enfant :

NOM : _____ Prénoms : _____

Établissement : _____ Classe : _____

a fait l'objet, ce jour, { d'un examen clinique / de tests biométriques et biologiques } (1)

dont les résultats m'ont permis de faire les constatations suivantes :

Poids : _____ Taille : _____

Analyse d'urines : _____

Acuité visuelle { sans verres : œil droit : _____ œil gauche : _____
avec verres : œil droit : _____ œil gauche : _____ }

CUTI-RÉACTION (ou autre test : _____) :

négative après B. C. G. sans B. C. G.

positive après B. C. G. sans B. C. G. virage (1)

SÉJOUR DE VACANCES { RECOMMANDÉ _____ (2)
DÉCONSEILLÉ _____ }

AUTRES REMARQUES : _____

FICHE DE LIAISON AVEC LES CENTRES DE VACANCES (1re PARTIE)

(Si vous envoyez votre enfant dans un centre de vacances, vous devrez au moment de son inscription, remettre le présent bulletin à l'organisme responsable)

REMARQUES OU CONSEILS pour le médecin ou l'assistant sanitaire du centre :

GROUPE D'ÉDUCATION PHYSIQUE : _____

CERTIF. VACCINATIONS OBL. PRODUITS (ANNÉES) : _____

A _____, le _____

(Cachet et Signature du Médecin Scolaire)

(1) Rayer les mentions inutiles ou encadrer les mentions utiles
(2) Pour la mer, spécifier la région maritime

RÉSERVÉ AU CENTRE DE VACANCES

Nom et adresse de l'implantation : _____

DATES		Poids		Taille		Spirométrie	
Arrivée	Départ	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ

Maladies et soins pendant la durée du séjour : _____

Indications médico-sociales destinées au médecin scolaire : _____

Le bulletin de santé, complété par le personnel sanitaire de la colonie ou du camp, est à retourner, après le séjour, par la Direction du centre de vacances au médecin scolaire de l'école, par l'intermédiaire de la famille de l'élève.

A. S. S. N° 20 OL. 5.247017.807

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA FAMILLE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET
SOCIALES

BULLETIN DE SANTÉ

destiné aux parents

(à insérer dans le carnet de Santé de l'enfant)

J'ai l'honneur de vous informer que votre enfant :

NOM _____ Prénoms _____

Établissement _____ Classe _____

a fait l'objet, ce jour d'un examen qui a permis de faire les constatations suivantes :

Poids : _____ Taille : _____

Analyse d'urine : Albumine : _____ Sucre : _____

Acuité visuelle
sans verres : œil droit : _____ œil gauche : _____
avec verres : œil droit : _____ œil gauche : _____

Vision des couleurs : _____

Acuité auditive : oreille droite : _____ oreille gauche : _____

Observations : _____

Groupe Éducation physique : Apte (1) ☐ A ménager (1) ☐ A dispenser (1) ☐

Vaccinations obligatoires (1) ☐ En règle
☐ A mettre à jour : _____

A _____ le _____

Cachet et signature ☐ du médecin scolaire (1)
☐ de l'infirmière (1)

(1) Cocher la case correspondante

N° 20 — IN 9 247012 8 73 D