

---

## 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 SANITAIRES 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 (1)  
de tests biométriques et biologiques

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'intermediaire  
de la famille de l'élève.

A. S. S. N° 20 OL 5.247017.807





**Exportar los artículos del museo**

Subtítulo del PDF

---

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 : Acuité visuelle

Albumine : \_\_\_\_\_

Sucre : \_\_\_\_\_

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 : Apté (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  
1  
SÉCURISATION  
L



**Exportar los artículos del museo**

Subtítulo del PDF

---