# 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
Mention d'illustration
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