

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

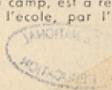
Niveau : non précisée

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																										
<i>(Ce bulletin est à conserver. Il servira, le cas échéant, de fiche de liaison avec les centres de vacances)</i>																										
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) <i>(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)</i>																										
REMARQUES OU CONSEILS pour le médecin ou l'assistant sanitaire du centre :																										
GROUPE D'ÉDUCATION PHYSIQUE : _____																										
CERTIF. VACCINATIONS OBL. PRODUITS (ANNÉES) : _____																										
A _____, le _____ <i>(Cachet et Signature du Médecin Scolaire)</i>																										
(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 : _____																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">DATES</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Poids</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Taille</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Spirométrie</th> </tr> <tr> <th>Arrivée</th> <th>Départ</th> <th>Arrivée</th> <th>Départ</th> <th>Arrivée</th> <th>Départ</th> <th>Arrivée</th> <th>Départ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			DATES		Poids		Taille		Spirométrie		Arrivée	Départ	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ								
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 : _____ _____																										
<i>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.</i>																										
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 : _____
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
NETELECOM
L

