

הצהרת בריאות שנתית בצרפתית

Déclaration de santé pour l'année scolaire 20___/20___

Chers parents, les informations complètes que vous transmettez ici avec exactitude permettront à l'équipe pédagogique de connaître les éventuels problèmes médicaux de votre enfant qui pourraient les empêcher de participer à certaines activités.

-Aux questions auxquelles vous répondez positivement sur les problèmes de santé, précisez la nature du problème, surtout si le problème n'apparaît pas dans la liste proposée.

-Dans le cadre de cette attestation, vous trouverez également la liste des tests médicaux et des vaccins effectués dans le cadre de l'école selon les différentes classes d'âge.

-En cas de problème il est impératif de fournir en pièce jointe les documents médicaux nécessaires.

-Toutes les questions sont obligatoires

A remplir séparément pour chaque enfant

NOM DE L'ENFANT : _____

NUM D'IDENTITE : _____

CLASSE : _____ ECOLE : _____

PREMIERE PARTIE : DECLARATION SUR L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT :

1. **mon enfant a un problème médical qui l'empêche de participer aux activités scolaires ou extra scolaires OUI/NON**

Si oui, précisez l'activité à laquelle il ne peut pas participer et joignez le document attestant du problème

- | | |
|---|---|
| ☐ sortie -tyoul -excursion | ☐ activité sportive |
| ☐ activité en salle de sport/musculation | ☐ compétition sportive à l'école |
| ☐ autre : _____ | |

2. mon enfant souffre d'une maladie chronique

OUI/NON

Si oui. Précisez :

- | | |
|---|--|
| ☐ Asthme | ☐ Probleme dermatologique |
| ☐ Crohn | ☐ Thrombocytopénie |
| ☐ Celiac | ☐ Organe greffe |
| ☐ Epilepsie | ☐ Dystrophie musculaire |
| ☐ Colitis | ☐ G6PD |
| ☐ Hemophilie | ☐ Cancer |
| ☐ Problème cardiologique | ☐ diabete de type I |
| ☐ Autre : _____ | |

3. Mon enfant prend des médicaments de façon régulière :

OUI/NON

Si oui, précisez lesquels : _____

4. Mon enfant est allergique à certains médicaments :

OUI/NON

Si oui, précisez lesquels: _____

5. Mon enfant souffre d' intolérance ou d'allergie:

OUI/NON

si oui, précisez à quoi :

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Latex | ☐ Levure | ☐ Feves |
| ☐ Soja | ☐ Noix | ☐ Amandes |
| ☐ Lait | ☐ Miel | ☐ Pollen |
| ☐ Piqure d'abeille | ☐ Arachide | ☐ Kiwi |
| ☐ Piqure de guepe | ☐ Poisson | ☐ Sesame |
| ☐ Piqure de moustique | ☐ Oeufs | ☐ Acariens |
| ☐ Iode | ☐ Gluten | |
| ☐ Autres | | |

: _____

Remarque : En cas de nécessité et de prescription médicale, l'enfant doit avoir sa piqure d'EpiPen personnelle avec lui.

6.est-ce que l'enfant porte sur lui une seringue d'Epipene ? oui/non

DEUXIEME PARTIE : SERVICES DE SANTE DONNES AUX ELEVES PAR LE MINISTERE DE LA SANTE ET EN APPLICATION DE LA LOI

- Les services seront donnés en fonction des régions et en fonction du programme de vaccination du ministère
- Ce document que vous signez est valable pour les services inclus selon l'année scolaire et la classe d'âge de votre enfant.

CLASSE	évaluation de croissance, (taille et poids)	Examen de la vue	hygiène de la bouche et des dents	test auditif	
Aleph/cp	✓	✓	✓	✓	rougeole, oreillons, rubéole + varicelle (RROV)
Bet /ce1		complément	✓	complément	diphtérie, tétanos, coqueluche * polio (Tdap-IPV), la grippe
Guimel/ce2			✓		la grippe
Dalet/cm1			✓		la grippe
He/cm2			✓		
Vav/6e			✓		
Zain/5e	✓		✓		
Het/4e		✓	✓		Diphtérie, tétanos et coqueluche (Tdap) virus du papillome humain (VPH)**
Tet/3e		complément	✓		

Il peut y avoir certains changements de classe d'une région à l'autre:

*peut être donné en kita aleph dans les régions nord et sud

**le vaccin contre le papillome humain sera donné en 2 parties, en kita het. Dans les académies du sud, centre, haïfa et le nord, la première partie sera donnée en kita zain et la seconde en kita het.

***le vaccin contre la grippe sera donné également aux élèves de l'éducation spécialisée des classes de aleph jusqu'à vav.

7. J'autorise mon enfant à recevoir les vaccins dans le cadre des visites médicales scolaires et selon le programme ci-dessus établi par le ministère de la santé. **OUI/NON**

Si vous refusez une vaccination spécifique, précisez laquelle : _____

8. Mon enfant a eu précédemment une réaction allergique après un vaccin. **OUI/NON**

Si oui, précisez : _____

9.J'accepte que mon enfant passe les visites médicales dans le cadre scolaire en fonction de sa classe d'âge selon le tableau suivant : **OUI/NON**

Si vous refusez une visite médicale spécifique, précisez laquelle : _____

Si vous refusez une visite médicale spécifique, précisez laquelle : _____

10.J'accepte de recevoir des textos et des emails concernant la vaccination, les visites médicales et les conclusions de celles-ci **OUI/NON**

11.Personnes à contacter en cas de problème médical :

NOM : _____ TEL : _____

NOM : _____ TEL : _____

-
- ☐ J'autorise la transmission d'informations à l'équipe pédagogique et/ou l'équipe médicale de l'école pour tout ce qui concerne la situation médicale de mon enfant.
 - ☐ Je m'engage à prévenir le professeur principal de mon enfant de tout changement, provisoire ou chronique de sa situation sanitaire

Parent déclarant : _____ num d'identité : _____

Date : _____

Signature : _____