

הצהרת בריאות שנתית בצרפתית לגנים

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

Pour les enfants des jardins d'enfant

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 du gan : _____ ville: _____

Nom de la gananet : _____

NOM DE L'ENFANT : _____

NUM D'IDENTITE : _____

Date de naissance: _____

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

Je déclare que (cochez la bonne réponse)

- ☐ Je n'ai pas connaissance de problèmes médicaux qui empêcheraient mon enfant de participer aux activités dans le cadre scolaire du gan
- ☐ **mon enfant a un problème médical qui l'empêche de participer** aux activités dans le cadre scolaire du gan

comme :

- ☐ activité physique
- ☐ excursion ou sortie
- ☐ autre activité

En cas de problème, précisez lequel : _____

Ci joint un certificate médical donné par _____

pour la période de _____

2. mon enfant souffre d'une maladie chronique

OUI/NON

Si oui. Précisez :

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Asthme | ☐ Crohn | ☐ Celiac |
| ☐ Epilepsie | ☐ Colitis | ☐ Hemophilie |
| ☐ Problème cardiologique | ☐ Probleme dermatologique | ☐ Thrombocytopenie |
| ☐ Greffe d'organe | ☐ Dystrophie musculaire | ☐ Manque d'enzyme G6PD |
| ☐ Cancer et chimiotherapie | ☐ Diabete type 1 | ☐ Autre : _____ |

Précisez et Ci joint un document d'un médecin spécialiste _____

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 | ☐ Lait | ☐ Piqures de guepe | |
| ☐ Noix | ☐ Iode | ☐ feve | ☐ Levure |
| ☐ Oeufs | ☐ Latex | ☐ plante/Pollen | ☐ Amande |
| ☐ Gluten | ☐ Soja | ☐ Kiwi | ☐ Autre : _____ |
| ☐ Miel | ☐ Piqures d'abeille | ☐ Acariens /Poussiere | |
| ☐ Poisson | ☐ Piqures de moustique | ☐ Sesame | |

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
ci joint le document d'un medecin specialist

7. je prends la responsabilité de vérifier que l'équipe du gan a reçu les instructions concernant les premiers soins a donner a mon enfant en cas de situation d'urgence (dans le cas ou a été signalé un problème de santé)

8. SERVICES DE SANTE DONNES AUX ELEVES PAR LE MINISTERE DE LA SANTE ET EN APPLICATION DE LA LOI

J'autorise que mon enfant passe les examens/activites suivantes:

- ☐ Examen de la vue. Les parents seront avertis avant l'examen
- ☐ Atelier d'hygiène de la bouche sur le brossage des dents et les caries. Les parents seront avertis avant l'activité

9. .Personnes à contacter en cas de problème médical :

lien de parentée : _____ TEL : _____ nom :

lien de parentée : _____ TEL : _____ nom :

-
- ☐ J'autorise la transmission d'informations et de ce formulaire à l'équipe du gan et/ou l'équipe médicale du ministère de la santé pour tout ce qui concerne la situation médicale de mon enfant et Je m'engage à prévenir la directrice du gan de toute information ou de tout changement, provisoire ou chronique de la situation sanitaire de mon enfant

Parent déclarant : _____ num d'identité : _____

Date : _____

Signature : _____

En cas de parents divorcés, la signature du 2 e parents est exigée

Parent déclarant : _____ num d'identité : _____

Date : _____

Signature : _____