Конфиденциальная анкета медицинских сведений

**Фамилия и имя ученика**…………………………………………………………………………………………..............

**Дата рождения** : ……/……/……

# Законные опекуны

Фамилии, имена :

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

# Адрес проживания :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Номера телефонов законных опекунов**: 🕿……………………………………………………………………………………………….

🕿………………………………………………………………………………………………

# Номер телефона доверенного лица, с которым можно связаться в случае необходимости :

🕿 ………………………………………………………

#  Прививки: *(*если возможно, приложите копию сертификата о прививках*)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прививка | Количество сделанныхинъекций | Даты |
| Дифтерия (diphtéria) |  |  |
| Столбняк (tetanus) |  |  |
| Полиомиелит (polyomielitis): |  |  |
| Коклюш (pertussis) |  |  |
| Гемофильная инфекция (haemophilus) |  |  |
| Краснуха (rubella) |  |  |
| Свинка (mumps) |  |  |
| Корь (measles) |  |  |
| Гепатит Б (hépatitis) |  |  |
| Менингит (meningitis) |  |  |
| Пневмококк (Pneumococcus) |  |  |
| Туберкулез (tuberculosis) |  |  |
| КОВИД 19 |  |  |

 **Заболевания** : (обведите "да" или "нет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Аллергии**✔ **пищевые**✔ **дыхательные** | Да ДаДа | Нет НетНет | Если да: укажите, какие именно :Лечение : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ✔ **кожные** | Да | Нет |  |
| **Астма** | Да | Нет | Если да : лечение : |
| **Экзема** | Да | Нет |  |
| **Эпилепсия** | Да | Нет | Если да : лечение : |
| **Проблемы со спиной, сколиоз или другие** | Да | Нет | Если да: какие именно : |
| **Другие заболевания костно-суставной****системы** | Да | Нет | Если да : лечение : |
| **Проблемы со зрением** | Да | Нет | Коррекция (очки, контактные линзы) :Да Нет |
| **Проблемы со слухом** | Да | Нет | Слуховой аппарат : да нет |
| **Сердечно-сосудистые заболевания** | Да | Нет | Если да: какие именно :Лечение : |

# Прочие патологии или заболевания,травмы, о которых вы считаете важным сообщить нам :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Регулярный медицинский осмотр :

* Регулярные консультации у психотерапевта в вашей стране Да Нет
* Регулярное наблюдение у других врачей в вашей стране Да Нет

Уточните…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Проходит ли он/она в настоящее время медицинское лечение? Да Нет

Уточните…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Другие наблюдения Да Нет Какие именно

………………………………………………………………………………………….

* Госпитализация (-и) Нет Да : Даты :

Укажите причину : …………………………………………………………………………………………

#  Информация: В случае чрезвычайной ситуации травмированный или заболевший ученик

 **направляется и доставляется службой скорой помощи в наиболее подходящую больницу или**

 **медицинскую службу, определяемую SAMU-Centre 15. Школа немедленно информирует об этом**

 **родителей или законных опекунов.**

 **Несовершеннолетний студент не может покинуть больницу или службу медицинского ухода без**

 **сопровождения родителей или законных опекунов.**

**Место…………………………………………………………………… Дата………………………………………………………**

**Подписи законного опекуна (опекунов)**