

**‘FORMULAIRE DE DECLARATION DE SANTE**  
**ANNEE SCOLAIRE 2021-2022**  
*(A remplir pour chaque élève)*

**NOM DE L'ENFANT :**.....

**PRENOM DE L'ENFANT :**.....

**CLASSE :**.....

**TELEPHONE :** .....

**PHOTOCOPIE DE LA CARTE ASSURANCE MALADIE :**

**Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case appropriée (NON ou bien OUI). Si vous cochez comme réponse la case *OUI*, merci de préciser dans l'espace indiqué et si nécessaire, veuillez fournir les certificats médicaux (*toute information personnelle sera confidentielle*).**

---

**ÉTAT DE SANTÉ**

1. Est-ce que votre enfant souffre d'un handicap ou d'une maladie particulière ?

NON

OUI

Si OUI, veuillez préciser (informations détaillées)

.....  
.....  
.....  
.....

2. Est-ce que votre enfant souffre d'allergie ou de maladie(s) chronique(s) ?

NON

OUI

Si OUI, veuillez préciser (informations détaillées)

.....  
.....  
.....  
.....

3. Est-ce que votre enfant suit un traitement médical ou prend-il régulièrement des médicaments ?

NON

OUI

Si OUI, veuillez préciser (informations détaillées)

.....  
.....  
.....  
.....

4. Est-ce que votre enfant a des contre-indications pour certains médicaments, traitements ou activités physiques (par exemple : sport, natation, randonnées, etc.)

- NON
- OUI

Si OUI, veuillez préciser (informations détaillées)

-----  
-----  
-----  
-----

5. Est-ce que votre enfant a été hospitalisé ou a-t-il subi une intervention chirurgicale ces deux dernières années ?

- NON
- OUI

Si OUI, veuillez préciser (informations détaillées)

-----  
-----  
-----

6. Dans le cadre du programme du ministère de la santé israélien, j'autorise mon enfant à être vu par le personnel médical de NATALI (mesure poids et taille – Vision – audition) et donne mon accord à l'infirmière de l'école à communiquer toutes les informations de santé et administratives de mon enfant.

- NON
- OUI

7. J'autorise mon enfant à être vacciné (selon le calendrier vaccinal en vigueur) par le personnel de santé scolaire NATALI – (non obligatoire)

- NON
- OUI

*Les vaccinations en charge à l'école :*

*Pour CP : rubéole, oreillon, rougeole et varicelle*

*Pour CE1 : diphtérie, tétanos, coqueluche et polio*

*Pour les 4<sup>ème</sup> : diphtérie tétanos coqueluche et papillomavirus*

*Pour CE1, CE2 et CM1 : Grippe*

**Merci de communiquer toute information complémentaire ou importante que vous souhaitez transmette au service d'infirmier de l'établissement.**

-----  
-----

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**DÉCLARATION**

Je, soussigné(e), Monsieur / Madame

NOM DES PARENTS : .....  
.....

Parents ou responsables légaux de l'enfant : .....  
Inscrit cette année scolaire au Lycée français de Jérusalem en classe de :.....

Confirmons par la présente que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts et complets. Nous sommes conscients que la transmission d'informations fausses ou erronées peut entraîner l'annulation de l'inscription de mon enfant par la direction de l'établissement.

DATE : .....

SIGNATURE.....