

FICHE SANITAIRE

Année scolaire 2017 / 2018

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
 Garçon Filles Date de Naissance : ___/___/___

Ecole fréquentée : _____
 Niveau et classe à la rentrée scolaire : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations obligatoires :

Diphtérie - Tétanos : Oui Non
 Poliomyélite, date du dernier rappel : ___/___/___

Maladies :

Rougeole Rubéole Oreillons
 Coqueluche Scarlatine Varicelle

Port de :

Lentilles Lunettes
 Prothèses : Auditives Dentaires
 Autres : _____

SANTE DE L'ENFANT

Allergies alimentaires et/ou troubles alimentaires :

Oui Non

Préciser : _____

Asthme :

Oui Non

Autres difficultés de santé :

Oui Non

Préciser : _____

Allergie médicamenteuse :

Oui Non

Préciser : _____

Pour toutes allergies médicamenteuses et alimentaires, prendre contact avec le directeur de l'école afin d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

Autres :

Préciser : _____

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné (e) _____, autorise mon enfant à participer aux sorties scolaires organisées par ses enseignants

_____ responsable de l'enfant

Personnes à contacter en cas d'urgence et /ou autorisées à prendre l'enfant

Nom et prénom : _____
 Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____ Oui Non

Tél domicile : ___/___/___ A appeler en cas d'urgence :

Tél Portable : ___/___/___ Autorisé(e) à prendre l'enfant :

Nom et prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____ Oui Non

Tél domicile : ___/___/___ A appeler en cas d'urgence :

Tél Portable : ___/___/___ Autorisé(e) à prendre l'enfant :

Nom et prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____ Oui Non

Tél domicile : ___/___/___ A appeler en cas d'urgence :

Tél Portable : ___/___/___ Autorisé(e) à prendre l'enfant :

Je soussigné (e) _____, déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches et Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur ces fiches.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date : _____

Signature de la Mère : _____ Signature du Père : _____