

NOM :

PRÉNOM :

CLASSE :

2) FICHE SANITAIRE

— ANDALOUSIE 2024 —

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

PÈRE NOM : Prénom :

MÈRE NOM : Prénom :

TUTEUR NOM : Prénom :

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT à contacter en cas d'urgence

 Père Mère Tuteur

Adresse complète

Code postal : Ville :

Téléphone

Portable : Domicile : Pro :

Mail :

ASSURANCE

Nom de l'assureur :

N° de sociétaire : N° de téléphone :

MALADIES — L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Typhoïde oui non Coqueluche oui nonDiphtérie oui non Rhumatisme oui nonOtite oui non Rougeole oui nonScarlatine oui non Oreillons oui non

VACCINS — L'élève est-il à jour des vaccins suivants ?

OBLIGATOIRES

Typhoïde oui nonDiphtérie oui nonPoliomyélite oui nonBCG oui non} ou DT Polio oui non} ou Tétracoq oui non

RECOMMANDÉS

Hépatite B oui nonCoqueluche oui nonRubéole-Oreillons-Rougeole oui non*En cas de doute, l'élève doit passer à l'infirmerie du collège avec son carnet de santé pour vérification.*

ALLERGIES

Médicaments non oui, préciser :

Alimentaires non oui, préciser :

Autres non oui, préciser :

PROBLÈMES DE SANTÉ

Asthme oui non Migraines oui non

Mal des transports oui non Insomnies oui non

Règles douloureuses oui non Vertiges oui non

autre, préciser :

TRAITEMENT MÉDICAL — L'élève a-t-il un traitement médical ?

non oui, préciser :



En cas de traitement médical, même ponctuel (asthme, allergie,...) merci de transmettre une photocopie de l'ordonnance au professeur référent de la classe.

ALIMENTATION PARTICULIÈRE

sans porc végétarien hallal sans gluten sans lactose

autre, préciser :

INFORMATIONS UTILES

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION POUR LES SOINS MÉDICAUX

Nous, soussignés,

.....

.....

parents, tuteurs, responsables légaux* de l'enfant

.....

autorisons le professeur responsable ou l'accompagnateur à faire pratiquer en cas d'urgence une intervention médicale ou chirurgicale.

**rayer les mentions inutiles*

À le

Signatures :