

NOM :
 PRÉNOM :
 CLASSE :

2) FICHE SANITAIRE

— FUTUROSCOPE OCT. 2023 —

Merci de fournir une attestation de responsabilité civile faisant apparaître NOM et Prénom de l'élève.

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	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Otite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

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

OBLIGATOIRES

Typhoïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	} ou DT Polio <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ou Tétracoq <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
BCG	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

RECOMMANDÉS

Hépatite B oui non
 Coqueluche oui non
 Rubéole-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 :