

FICHE SANITAIRE

(à compléter par le responsable légal ou l'élève majeur)

Nom-Prénom de l'élève :
Date de naissance :
Numéro de sécurité sociale :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin :

L'élève suit-il un traitement médical? oui non
Si oui précisez :

ALLERGIES :

Alimentaire Médicamenteuse Asthme
Autre

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

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

L'élève porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc....

oui non

Si oui précisez :

Nom et numéro de téléphone de la ou des personnes à joindre en cas d'urgence :

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

Nom du médecin traitant

Téléphone:

Adresse du médecin traitant :

Je soussigné,responsable légal de l'élève (ou élève majeur), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'élève (mon état de santé).

Date : Signature :