

FICHE SANITAIRE DE LIAISON **(pour les mineurs et les majeurs)**

Photo d'identité à
coller

➡ **ENFANT :**

NOM. **PRENOM.**
Sexe (M) (F) Date de naissance
Etablissement scolaire fréquenté
Taille en centimètres..... Pointure..... Poids.....
Adresse Mail :@.....
Collège :

VACCINATION :

DTCP.....	date
B.C.G.	«
HEPATITE B	«
ROR	«
Autres vaccins	«

Si l'enfant n'est pas vacciné : pourquoi ?
Injection de sérum Nature..... date

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Varicelle	oui	non	Otites	oui	non
Angines	oui	non	Asthme	oui	non
Rhumatismes	oui	non	Rougeole	oui	non
Scarlatine	oui	non	Oreillons	oui	non

Indiquer d'autres éventuelles difficultés de santé en précisant les dates :

.....

Recommandations des parents.

.....

Mon enfant suit actuellement le traitement suivant :

.....

.....

Médecin traitant Téléphone

➡ **PARENTS :**

NOM du père **Prénom**
Adresse
Téléphone (domicile) (travail)
Profession : **Secteur d'Activité** :
Adresse Mail : _____@_____

NOM de la mère **Prénom**
Adresse
Téléphone (domicile) (travail)
Profession : **Secteur d'Activité** :
Adresse Mail : _____@_____

Dans le cas de parents divorcés, qui en a la garde ?

Autres personnes à prévenir dans le cas où nous ne pouvons joindre les parents

(grands parents, nounou,...)
Téléphone.....

Organisme d'assurance dont dépend l'enfant :

Caisse de sécurité sociale :
N° de l'assuré
Mutuelle :
Assurance de l'enfant :
N° de l'assuré

J'autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Saint Médard en Jalles
le
(Signature des parents)