

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Nous vous remercions de bien vouloir compléter cette fiche attentivement. Elle contient des informations primordiales pour la santé et la sécurité de votre enfant.*

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Prénom : .....

Fille  Garçon

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

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

N° et adresse du centre de sécurité social :

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

## INFORMATIONS MEDICALES

*Veillez nous indiquer si votre enfant rencontre des problèmes médicaux. Attention, en cas de maladies chroniques (asthme, diabète,...), des allergies ou des intolérances alimentaires merci d'entrer en contact avec la directrice afin de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé.*

<i>Mettre une croix dans les cases</i>	OUI	NON	Si oui, précisez
L'enfant suit-il un traitement médical ?			
L'enfant fait-il des allergies ? (médicaments, aliments, autres...)			
L'enfant présente-t-il une maladie chronique ? (asthme, convulsions, diabète, autre...)			
L'enfant porte-t-il des lunettes ?			
Autres informations que vous jugerez utiles :			

Nous nous engageons à signaler **par écrit** tout changement dans les renseignements fournis ci-dessus.

## CONTACTS

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

N° de téléphone du domicile : .....

N° du travail du père : ..... Poste : .....

N° du travail de la mère : ..... Poste : .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

-----  
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.

## VACCIN ANTITÉTANIQUE

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À ..... le .....

Signature des responsables légaux