



**FICHE SANITAIRE
DE L'ELEVE - ETUDIANT ou APPRENTI**

A rendre à l'accueil le jour de votre rentrée

NOM : **PRENOM :**

CLASSE : **Date de naissance :**

VACCINATION Tétanos : oui non
(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

GROUPE SANGUIN : **RHESUS :**

TRAITEMENTS EN COURS

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, précisez : (fournir copie de l'ordonnance)

ALLERGIES :

ASTHME	oui	non
MEDICAMENTEUSES	oui	non
ALIMENTAIRES	oui	non
AUTRES (à préciser)	oui	non
.....		

*PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
(si automédication le signaler)*

Régime alimentaire particulier : oui non

Si oui, précisez :

NOM des parents pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable légal)

.....

ADRESSE :

 Domicile : / Travail / Portable :

Demande de prise en charge en cas d'hospitalisation :

Nous autorisons les autorités compétentes à prendre notre enfant en charge en cas de soins hospitaliers.

Lu et approuvé

Date :

Signature des parents :