

**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 :**