

COMMUNE DE LOCOAL MENDON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017 – 2018

Elève :

NOM _____ PRENOM _____ Sexe : M F

Né (e) _____ Lieu de naissance _____

Ecoles : Notre Dame Des Fleurs Hugues AUFRAY Classe :

Vaccinations : **Joindre une photocopie du carnet de santé**

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

Allergies : Alimentaires Médicamenteuses Autres (à préciser)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Problèmes de santé :

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

Précisez si l'enfant porte des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Responsables de l'enfant :

Nom _____ Prénom _____

Téléphone Domicile _____ Portable _____ Travail _____

Nom _____ Prénom _____

Téléphone Domicile _____ Portable _____ Travail _____

Médecin Traitant :

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Je soussigné (e) _____ Responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A _____ le _____

Signature