COMMUNE DE LOCOAL MENDON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016 – 2017

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