

FICHE SANITAIRE

Nom de l'élève: Prénom : Classe :

Date et lieu de naissance :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Personne responsable de l'enfant:

Père / mère / tuteur *(rayer les mentions inutiles)*

Nom du père : prénom :

Nom de la mère : prénom :

Nom du tuteur : prénom :

Adresse complète du responsable de l'enfant :

.....
.....

Code postal : Ville :

Téléphone du domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Mail :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE DONT DEPEND L'ENFANT

Indispensable en cas d'accident ou de maladie

.....

BENEFICIEZ-VOUS D'UNE MUTUELLE ?

OUI NON *(Entourez la réponse)*

Nom de la mutuelle :

ASSURANCE

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de sociétaire :

N° de téléphone :

MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Répondre par oui ou par non)

Typhoïde : Scarlatine : Rougeole :

Diphtérie : Coqueluche : Oreillons :

Otite : Rhumatisme : Varicelle :

VACCINS

Vos vaccins sont-ils à jour ? (Répondre par oui ou non)

Obligatoires :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite :

OU DT Polio : OU Tétracoq : BCG :

Recommandés :

Hépatite B : Rubéole-Oreillons-Rougeole : Coqueluche :

En cas de doute, l'enfant doit passer à l'infirmierie du collège avec son carnet de santé pour vérification

ALLERGIE(S)

- Aux médicaments :

- Alimentaires ou autres :

- Asthme :

PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

.....

.....

Votre enfant a-t-il des problèmes personnels pouvant lui occasionner une gêne lors de la vie en collectivité (insomnie, mal des transports...) OUI / NON

Si oui, lesquels :