

# FICHE SANITAIRE

## Validité scolarité au sein du collège



### ENFANT

NOM – Prénom : ..... Date de naissance : .../.../.... Sexe : F  G

Etablissement scolaire fréquenté : **Collège La Salle Saint-Joseph – Argentré du Plessis**

Nom et adresse des responsables légaux :

1..... Tél. Fixe:.....Port.....

2. .... Tél. Fixe:.....Port.....

### AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

MEDECIN TRAITANT : Nom, Prénom : ..... Tél. : .....

AUTRES PERSONNES :

	Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. Fixe	Tél. Port
1				
2				

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES :

Diptérie – Tétanos - Poliomyélite à jour : OUI Date du dernier rappel : .....

VACCINS RECOMMANDES : Hépatite B : date : ..... ROR : date : ..... Coqueluche : date : .....

AUTRES : Préciser:.....

*Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.*

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Angine  Oreillons  Scarlatine  Varicelle  Coqueluche  Rougeole  Rubéole

Otite  Rhumatisme articulaire aigu

PORT DE : lentilles  / lunettes  / prothèses auditives  / prothèses dentaires  / autre, préciser : .....

### SANTE DE L'ENFANT

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI  Préciser : .....

ASTHME : OUI  AUTRE DIFFICULTE DE SANTE : OUI  Préciser : .....

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : OUI  Préciser le médicament : .....

*Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du responsable du voyage avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et votre accord écrit.*

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### ASSURANCES

NOM DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE:.....

N° de sécurité sociale du parent dont l'enfant dépend : .....

MUTUELLE : Compagnie : ..... N°.....

Je soussigné(e) .....responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer le collège La Salle Saint-Joseph d'Argentré du Plessis de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Signature(s)