



COLLÈGE SIMONE VEIL

3 Rue Pierre de Coubertin
95300 PONTOISE

Tel : 01.85.76.56.80

<https://www.clg-simone-veil-pontoise.fr>

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PARTIE 1 – IDENTIFICATION DE L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

PHOTO RECENTE

PARTIE 2 – RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT :

NOM(S)-PRENOM(S) :

ADRESSE OU RESIDE L'ENFANT :
.....
.....

COORDONNEES DU PERE :

COORDONNEES DE LA MERE :

Nom-Prénom(s) :

Nom-Prénom(s) :

Domicile :

Domicile :

Mobile :

Mobile :

Travail :

Travail :

AUTRES PERSONNES ET NUMEROS POUVANT ETRE JOINTS EN CAS D'URGENCE :
.....
.....

PARTIE 3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? **OUI** **NON**

Si OUI, joindre l'original de l'ordonnance, les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine, ainsi que le protocole de soin. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

- L'enfant a-t-il des allergies ?

- ASTHME => **OUI** **NON** - MEDICAMENTEUSES => **OUI** **NON**

- ALIMENTAIRES => **OUI** **NON** - AUTRES => **OUI** **NON**

Précisions / conduite à tenir :

.....

.....

.....

- L'enfant est-il à jour de ses vaccins ?

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

- L'enfant a-t-il déjà rencontré des difficultés de santé (opérations, hospitalisation, accidents...)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARTIE 4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

- Régime alimentaire à signaler :
- Port de lunettes, lentilles, appareil dentaire, prothèses auditives :

PARTIE 5 – MEDECIN TRAITANT :

- Nom et coordonnées :

PARTIE 6 – AUTORISATION POUR SOINS MEDICAUX SUR PLACE :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est conduit chez un médecin ou un hôpital adapté. La famille est prévenue par les professeurs dès que la situation le permet.

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure d'urgence rendue nécessaire par l'état de santé de l'enfant (consultation médicale, prise de médicaments sur ordonnance, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date :

Signature :