



FICHE DE SANTE

NOM DE L'ELEVE : **CLASSE :**
Prénom :
Date de naissance :
Nom de la personne responsable de l'élève :
Adresse :

VACCINATIONS

- D.T. Polio, dernier rappel :
- B.C.G., date et résultat du dernier test tuberculinique :
- Autres :

GROUPE SANGUIN (à titre indicatif) :

ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ELEVE :

- Accidents antérieurs :
- Interventions chirurgicales :
- Maladies éventuelles :
- Allergies :

L'état de santé de votre enfant nécessite-t-il un traitement régulier ?

oui non

si oui, lequel ?

(fournir la photocopie de l'ordonnance qui doit être nominative, datée et signée, de moins de trois mois).

OBSERVATIONS PARTICULIERES A SIGNALER : (allergies, régime alimentaire...)

.....
.....
.....

EN CAS D'URGENCE, à quel numéro peut-on vous joindre ?

☎ Domicile : père ☎ Lieu de travail : père :
mère : mère :
☎ Portable : père
mère
☎ Voisin ou ami :

MEDECIN TRAITANT

Adresse : ☎ :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et / ou Madame autorisons le professeur responsable du voyage à prendre toutes dispositions utiles, y compris l'autorisation d'anesthésie et d'intervention chirurgicale de notre fils / fille dans le cas d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Les Clayes sous Bois, le

Signature des parents