



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de la remettre rapidement à l'ETABLISSEMENT. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable et le cas échéant aux services médicaux.

<p><b>Collège Maria Montessori des Aiglons</b> <b>Tel : 04 50 68 96 38</b> <b>Année scolaire : 2017-2018</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE
Nom de l'enfant :
Prénom:
Né(e) le:
à:
Garçon/ Fille (rayer la mention inutile)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

Nom :	Prénom:
Adresse:	Ville:
<i>Coordonnées téléphoniques du père</i>	<i>Coordonnées téléphoniques de la mère</i>
Domicile:	Domicile:
Mobile:	Mobile :
Travail :	Travail :
<i>Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)</i>	

-----

---

\* Numéro d'immatriculation SS du responsable légal ou de l'élève majeur :

.....

\*Assurance complémentaire chirurgicale :

- nom de la caisse ou de la mutuelle : .....

-no d'immatriculation : .....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

*L'élève suit-il un traitement médical ?*                      O U I                      N O N

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

\_\_\_\_\_

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance.

*L'élève a-t-il des allergies ?*                      Asthme : O U I   N O N

Alimentaires : O U I   N O N

Médicamenteuses : O U I   N O N

Autres: \_\_\_\_\_

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTE ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE)

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

ETAT DES MALADES ENFANTINES

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

MALADIE	O U I	N O N	MALADIE	O U I	N O N
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigu		
Angine					

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

*Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.*

*Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?  
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)*

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur :

Téléphone:

Adresse : .

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

*Je soussigné,  
responsable légal de l'enfant  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.  
J'autorise par la présente le responsable du Collège Maria Montessori des Aiglons, à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
l'enfant.*

Date:

Signature: