



## 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.

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

*Coordonnées téléphoniques du père*

*Coordonnées téléphoniques de la mère*

Domicile:

Domicile:

Mobile:

Mobile :

Travail :

Travail :

*Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)*

-----

\* 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 ? OUI NON

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 : OUI NON NON  
Alimentaires : OUI NON  
Médicamenteuses : OUI

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	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Sil'élève n'a pas les vaccins obligatoires, mercide joindre un certificat médical de contre-indication.

ETAT DES MALADES ENFANTINES

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

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
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: