

FICHE SANITAIRE DE LIAISON • L'ITALIEN POUR LES ENFANTS DE 6 A 12 ANS

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

LIEU : Société Dante Alighieri Comité de Clermont-Ferrand
10 Rue du Bon Pasteur 63000 Clermont-Ferrand

• IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom de l'enfantPrénom :

Né (e) le :à :

Garçon : Fille :

(Mobile de l'élève.....)

• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE:

Nom :Prénom :

Adresse :

Code Postal Commune

Coordonnées téléphoniques du père

Coordonnées téléphoniques de la mère :

Domicile :_Domicile :

Mobile : Mobile :

Travail :Travail:

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

L'élève suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

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

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres :

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

Attention : Évitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du cours des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.

- ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE ou joindre la photocopie de la page des vaccins du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	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**. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

- ETAT DES MALADIES ENFANTINES

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

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche			Angine		
Varicelle			Rougeole			Otite		
Oreillons			Scarlatine			Rhumatisme articulaire aigu		

- 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. Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier** (allergies, choix religieux,...)

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur:

Adresse :

Téléphone :.....

- NUMÉRO DE SÉCURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :.....

- ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

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

Date : Signature :.....