



L'ÉCOLE DE LA TRANSITION.

FICHE SANITAIRE - Année scolaire 201 /201

1. IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : Masculin
Date de naissance : Féminin

2. VACCINATIONS (ou joindre une photocopie du carnet de santé)

Vaccins pratiqués Date du dernier rappel

B.C.G.

Anti tétanique

Autres Vaccins

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

3. MALADIES - ALLERGIES (barrer la mention inutile)

Allergies aux médicaments Non Oui Quel(s) médicament(s) ?.....

Allergies alimentaires Non Oui Quel(s) aliment(s) ?

Autres allergies Non Oui Nature ?

Asthme Non Oui

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement médical Non Oui

Si oui, lequel ?

4. AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (Nom, Prénom, qualité) :

.....

En cas d'accident de (Nom, Prénom du l'élève) :

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Le responsable de l'école :

- à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins,

- à reprendre l'enfant à sa sortie de l'établissement hospitalier dès que les soins nécessaires lui auront été prodigués. Uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

5. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :

NOM :

Prénom : Qualité :

Téléphone domicile : / / / / /

Téléphone mobile : 06 / / / / /

Coordonnée du médecin traitant :

Nom et Prénom :

Téléphone : / / / / / /

Date et signature :

ASSOCIATION MOUVEMENT PÉDAGOGIQUE DE LA TRANSITION

33 rue des Champs - 85230 Bouin

kstravicino@lecoledelatransition.com - ☎ 06 61 83 71 77 - www.lecoledelatransition.com