

FICHE SANITAIRE

NOM :

PRENOM:

-Votre enfant prend il des médicaments : OUI NON
si oui lesquels (indiquez la périodicité) :

-Votre enfant porte t'il des verres : OUI NON
si oui indiquez la référence des verres :

- Connait-il des contre indications médicales à certaines activités sportives : OUI NON
si oui lesquelles :

- A t'il des contre indications alimentaires : OUI NON
si oui lesquelles :

-Vaccinations déjà pratiquées :

-Quel est l'organisme d'assurance dont dépend le responsable de l'enfant :
Nom de l'assurance : N° d'assuré :

Nom de la Mutuelle N° de la mutuelle :

-Votre enfant est il asthmatique : OUI NON
si oui, quels sont les médicaments utilisés :

-Votre enfant souffre t'il du mal des transports (avion, bus...) : OUI NON

- Votre enfant souffre t'il d'allergies : OUI NON (lesquelles ?)

- Votre enfant souffre t'il de troubles particuliers, physique ou psychique autre que mentionnés ci dessus ?

- En cas d'urgence, qui doit on prévenir ?
(noms et numéros de tel utiles)

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Je soussigné(e)

Demeurant à :

Agissant en qualité de (père, mère tuteur) de l'élève :

Né(e) le

Déclare :

- 1) Autoriser le professeur de la classe à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgences prescrites par le médecin, y compris éventuellement l'hospitalisation.
- 2) Avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées :
 - En cas de maladie les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge de la famille.
 - Les pièces justificatives de ces frais et le dossier seront adressées à la famille en vue d'un éventuel remboursement.

A Sainte Suzanne le

Signature :

(ces renseignements sont strictement confidentiels)