



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

### 1. ENFANT

NOM .....

PRENOM.....

ADRESSE .....

DATE DE NAISSANCE .....

GARCON

FILLE

### 2. REPRESENTANT LEGAL

NOM .....

PRENOM .....

ADRESSE.....

.....

N° TEL DOMICILE : .....

N° TEL PORTABLE : .....

N° SECURITE SOCIALE .....

MEDECIN TRAITANT:.....

CAISSE : .....

ASSURANCE SCOLAIRE : Mutuelle Saint  
Christophe Assurances

N° CONTRAT : 20840824920187

ADRESSE: 227 rue de Saint-Jacques 75256  
Paris cedex

Tél : 01 55 92 26 16

### 3. VACCINATIONS ET DATES DES DERNIERS RAPPELS

DT Polio: .....

BCG: .....

HEPATITE B: .....

COQUELUCHE : .....

ROR: .....

AUTRES : .....

**Merci de compléter à partir du carnet de sante ou vaccinations**

### 4. RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS CONCERNANT L'ENFANT



L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES : (cocher la case correspondant)

- VARICELLE     COQUELUCHE     OREILLONS     RUBEOLE     ROUGEOLE  
 SCARLATINE     ANGINES     ASTHME     OTITES     RHUMATISMES

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?     NON     OUI

SI OUI LEQUEL .....

---

### 5. ALLERGIES

**Si votre enfant souffre d'allergies alimentaires ou d'asthme merci de vous rapprocher de la vie scolaire pour la mise en place d'un PAI**

MALADIES : .....

ASTHME : .....

MEDICAMENTS : .....

ALIMENTAIRES OU REGIME: .....

---

### 6. AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné ..... Père, mère, tuteur légal de l'élève ci-dessus

Adresse : .....

Téléphone : domicile : ..... Travail : .....

Portable : .....

**Autorise l'administration du Collège St Michel Garicoïtz de Cambo à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour l'opération chirurgicale d'urgence ou pour l'hospitalisation de mon enfant.**

---

### 7. COMMENTAIRES /AUTRES INFORMATIONS :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à .....le.....

**Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».**