FICHE SANITAIRE

Elève (Nom et prénom) : ……

Classe : ……..

Autorisation des parents :

Je soussigné, …….responsable de l'élève,

demeurant à……

Tel : …….ou…….ou……

Autorise la direction de l'établissement à prendre le cas échéant, toutes mesures pour une intervention d'urgence auprès des **pompiers** ou du **Samu** si l'on ne pouvait pas me joindre.

Nom du médecin traitant et coordonnées :……

……

Signatures le père la mère ou le tuteur

Très important :

N° sécurité sociale qui couvre l'élève :……..

Date des dernières vaccinations : DT Polio :…….. Groupe sanguin :…….

Votre enfant est-il allergique à certains produits pharmaceutiques ou alimentaires ? Lesquels ?
(joindre un certificat médical)

……..

……..

Porte-t-il des lunettes ? □ oui □ non
Doit-il les porter dans la cour ? □ oui □ non

Certains sports lui sont-ils interdits ? □ oui ……
□ non

Signature Le père, La mère, Le tuteur,