

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (TOUT compléter LISIBLEMENT)

(Document non confidentiel remis au service d'urgence en cas d'accident)

Nom :	Prénom :
Âge au 1er juin 2024 :	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Date de naissance :	Classe :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (rappel tous les 5 ans) :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Non Oui : préciser

Allergies connues :

Recommandations utiles des parents :

REPRÉSENTANT LÉGAL COUVRANT L'ENFANT :

Nom / Prénom / Adresse :

Nom et N° de l'Organisme Mutuelle :

N° de Sécurité Sociale du représentant légal couvrant l'enfant :

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
---	--	---

PÈRE

MÈRE

N° de téléphone fixe _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

N° de portable _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

N° du Travail _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nom et Adresse du Médecin traitant :

.....

N° téléphone du Médecin : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Merci de nous communiquer tout autre renseignement vous paraissant important pour le bien être, la sécurité

et la santé de votre enfant :

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les services de secours d'urgence à transporter l'enfant vers l'hôpital le mieux adapté et à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _ | _ | / _ | _ | / 2 0 _ | _ |

Signature :

Document important à remettre à l'école