

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I. L'ELEVE

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

N° DE SECURITE SOCIALE PERSONNEL DE L'ELEVE

(Obligatoire pour tout élève âgé de plus de 16 ans)

CLASSE

SECTION

II. LES VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins Obligatoires		Vaccins Recommandés	
Dénominations	Dates des derniers rappels	Dénominations	Dates des derniers rappels
DT POLIO		Hépatite B	
BCG		R.O.R.	
		Coqueluche	

Si le jeune n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'élève suit-il un traitement Médical ? OUI

NON

Si OUI, un PAI sera mis en place. Aucun médicament ne peut être pris au Lycée sans ordonnance

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

 ALIMENTAIRES OUI NON

 MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES :

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Y-a-t-il automédication ?

OUI

NON

Informations Médicales complémentaires utiles (Antécédents pathologiques, maladie, accident, crises convulsives, Hospitalisation, opération chirurgicale, rééducation, etc...)

Natures des difficultés	Dates	Précautions à prendre

IV. AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant est-il porteur de prothèses

Lunettes

Lentilles de contact,

Prothèses auditives,

Prothèses dentaires

Autre :

Votre enfant est-il concerné par des difficultés de l'ordre de :

Trouble de l'apprentissage (Dys..)

Trouble de l'attention

avec hyperactivité

sans hyperactivité

Avec traitement médicamenteux.

RITALINE

CONCERTA

QUASYM

MEDIKINET

Trouble du spectre autistique

V. RESPONSABILITES LEGALES

MERE		PERE	
Téléphone personnel fixe		Téléphone personnel fixe	
Téléphone personnel mobile		Téléphone personnel mobile	
PROFESSION		PROFESSION	
Téléphone Professionnel		Téléphone Professionnel	

VI. ASSURANCES

N° sécurité sociale du responsable légal	
Régime de sécurité Sociale	
Mutuelle du jeune	
N° de contrat	
Adresse	
Responsabilité Civile du jeune	
N° de Contrat	
Adresse	

VII. URGENCES

NOM DU MEDECIN TRAITANT

ADRESSE

TELEPHONE

Je soussigné, _____ responsable légal de l'élève susnommé, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Directeur ou les personnes mandatées par lui à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date

Signature