

**FICHE SANITAIRE  
DE L'ELEVE - ETUDIANT ou APPRENTI**

**A rendre à l'accueil le jour de votre rentrée**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**CLASSE :** ..... **Date de naissance :** .....

**VACCINATION**      Tétanos :                      oui                      non  
(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

**GROUPE SANGUIN :** ..... **RHESUS :** .....

**TRAITEMENTS EN COURS**

L'enfant suit-il un traitement médical ?                      oui                      non

Si oui, précisez : ..... (fournir copie de l'ordonnance)

**ALLERGIES :**

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| ASTHME              | oui | non |
| MEDICAMENTEUSES     | oui | non |
| ALIMENTAIRES        | oui | non |
| AUTRES (à préciser) | oui | non |
| .....               |     |     |

*PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR  
(si automédication le signaler)*

**Régime alimentaire particulier :**                      oui                      non

Si oui, précisez : .....

NOM des parents pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable légal)

.....

ADRESSE : .....

☎ Domicile : ..... / Travail ..... / Portable : .....

**Demande de prise en charge en cas d'hospitalisation :**

Nous autorisons les autorités compétentes à prendre notre enfant en charge en cas de soins hospitaliers.

Lu et approuvé

Date :

**Signature des parents :**