

Ecole du Sacré Cœur
12 bis avenue Pottier
59130 Lambersart
Tel : 03 20 55 91 00



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

date d'entrée prévue dans l'école :

L'ENFANT

Sexe : M F

Nationalité :

Classe :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu :

Nom :

Groupe sanguin :

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

Allergies connues :

Renseignements médicaux (diabète, asthme, port de lunettes, appareil ...) :

Traitement régulier :

L'enfant a-t-il des frères et sœurs. Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Nom Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée

LES PARENTS: Situation familiale :

mariés – vie maritale - PACS – célibataire – divorcés – séparés - veuf(ve)

PERE

MERE

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse (si différente):

Tél. domicile :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. travail:

Tél. portable :

Tél. portable :

Adresse mail :

Adresse mail :

N° de sécurité sociale :

N° de sécurité sociale :

Centre de sécurité sociale :

Centre de sécurité sociale :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement, en cas d'urgence :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Signature du père, précédée de
la mention « lu et approuvé » :**

**Signature de la mère, précédée de
la mention « lu et approuvé » :**

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés, Monsieur et Madame autorisons l'anesthésie de notre fils/fille
..... et en cas de besoin d'intervention chirurgicale.

A Lambersart, le

Signature du père :

Signature de la mère :

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

Nom, adresse de l'hôpital :