



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Identification de l'enfant

Nom et prénom(s) de l'élève : _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____

Nom et prénom du père : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Responsable de l'enfant :

Père et mère Père Mère Autre (à préciser) : _____

Adresse : _____

(n° civique, rue, ville, province, code postal)

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Cellulaire : _____

Carte d'assurance maladie

N° d'assurance maladie : _____

Date d'expiration de la carte : _____

Coller ici la photocopie

de la carte

d'assurance-maladie

de votre enfant.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant présente-t-il des troubles du comportement ou des problèmes de santé physique ?

Oui Non

Si oui, lesquels :

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non (Si oui, joindre l'ordonnance)

L'enfant doit-il porter des lunettes ou verres de contact ? Oui Non

L'enfant a-t-il des allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Otites	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Angines	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducation)

_____ : ____/____/____
_____ : ____/____/____
_____ : ____/____/____
_____ : ____/____/____
_____ : ____/____/____

Vaccination

Compléter, s'il y a lieu, à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant la section ci-dessous; ou bien joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

Vaccins pratiqués	Date
_____	: ____/____/____
_____	: ____/____/____
_____	: ____/____/____
_____	: ____/____/____
_____	: ____/____/____

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, autorise la direction de l'École Sainte-Famille à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant : traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, etc.

Fait à _____, le _____

Signature _____

Recommandation des parents

Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis ci-dessus, ainsi que les documents joints, sont véridiques, exacts et complets.

Fait à _____, le _____

Signature _____