



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

1 - ENFANT

CLASSE :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

Aumônerie Catholique du collège & lycée Victor Duruy

39 boulevard des Invalides - 75007 PARIS - Tél. 01 44 49 62 67 - aumonerie@sfx-paris.fr

CETTE FICHE CONFIDENTIELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, que vous pouvez photocopier.)

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Taille : cm

Poids : Kg

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Dotted lines for writing the cause of allergy and management.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : / / / / / / .

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Aumônerie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, avec ou sans anesthésie) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

CONTACTS

Père Olivier Scache
Mob. 06 43 68 58 99
oscache@diocese-paris.net

Paroisse Saint-François-Xavier
39 Boulevard des Invalides
75007 PARIS

Tél. 01 44 49 62 62
(en cas d'urgence uniquement !)

Aumônerie (ACVD)
39 Boulevard des Invalides
75007 Paris

Tél. 01 44 49 62 67
aumonerie@sfx-paris.fr

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....