

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON 

FILLE

CLASSE :

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.)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
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

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

Poids : Kg

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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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)

[illegible]

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....