

**FICHE SANTE (non confidentielle)**

Etablissement :



Etablissement précédent :

ANNEE SCOLAIRE :

Pour une meilleure prise en charge sanitaire de votre enfant, il est important que cette fiche soit correctement remplie et signée. BO n°1 du 06.01.2000

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Né(e) le : ..... Classe : ..... Mobilis élève : .....

Assurance scolaire : .....

Régime :  Externe  Demi-pensionnaire  Interne



**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : (l'établissement s'efforce de prévenir la famille le plus rapidement possible)**

| PERE OU TUTEUR LEGAL | MERE OU TUTRICE LEGALE | CORRESPONDANT | AUTRE PERSONNE |
|----------------------|------------------------|---------------|----------------|
| Nom+Prénom           | Nom+Prénom             | Nom+Prénom    | Nom+Prénom     |
| Tél dom :            | Tél dom :              | Tél dom :     | Tél dom :      |
| Tél trav :           | Tél trav. :            | Tél trav. :   | Tél trav. :    |
| Mobilis :            | Mobilis :              | Mobilis :     | Mobilis :      |

**COUVERTURES SOCIALES : (photocopies à joindre obligatoirement)**

|   |    |           |    |
|---|----|-----------|----|
| AIDE MEDICALE : A ou B<br>(sud, nord ou îles) | N° | VALIDE Du | au |
| CAFAT / RUAMM:                                | N° | VALIDE Du | au |
| MUTUELLES :                                   | N° | VALIDE Du | au |

**VACCINATION : (photocopies des vaccins à joindre obligatoirement)**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (R DTPC)...../...../....., cette vaccination **est obligatoire** et nécessite un rappel à 25ans.

Médecin traitant:..... téléphone :.....

**En cas d'urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'établissement s'efforce d'avertir le plus rapidement possible la famille. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

**AUTORISATION PARENTALE :**

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame.....Père / Mère / tuteur légal, de l'élève ..... autorisons le chef d'établissement, à prendre les mesures nécessaires au maintien de l'état de santé de mon enfant.

Pour les observations particulières (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre), veuillez compléter la fiche au verso.

Fait à : ..... le : .....

**Signature des parents (obligatoire)**