

NOM : _____ PRÉNOM : _____ CLASSE : _____

2) FICHE SANITAIRE

— MORZINE 2026 —



REPRÉSENTANTS LÉGAUX

PÈRE NOM : _____ Prénom : _____
MÈRE NOM : _____ Prénom : _____
TUTEUR NOM : _____ Prénom : _____

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT à contacter en cas d'urgence

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Adresse complète

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone

Portable : _____ Domicile : _____ Pro : _____

Mail : _____

ASSURANCE

Nom de l'assureur : _____

N° de sociétaire : _____ N° de téléphone : _____

ALLERGIES

Médicaments ☐ non ☐ oui, préciser : _____

Alimentaires ☐ non ☐ oui, préciser : _____

Autres ☐ non ☐ oui, préciser : _____

PROBLÈMES DE SANTÉ

Asthme ☐ oui ☐ non **Migraines** ☐ oui ☐ non

Mal des transports ☐ oui ☐ non **Insomnies** ☐ oui ☐ non

Règles douloureuses ☐ oui ☐ non **Vertiges** ☐ oui ☐ non

☐ autre, préciser : _____

TRAITEMENT MÉDICAL — L'élève a-t-il un traitement médical ?

☐ non ☐ oui, préciser : _____



En cas de traitement médical, même ponctuel (asthme, allergie,...) merci de transmettre une photocopie de l'ordonnance au professeur référent de la classe.

ALIMENTATION PARTICULIÈRE

☐ PAI ☐ sans porc ☐ hallal ☐ casher
☐ végétarien ☐ sans lactose ☐ sans gluten ☐ autre, préciser : _____

MALADIES — L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**Typhoïde** ☐ oui ☐ non**Coqueluche** ☐ oui ☐ non**Diphtérie** ☐ oui ☐ non**Rhumatisme** ☐ oui ☐ non**Otite** ☐ oui ☐ non**Rougeole** ☐ oui ☐ non**Scarlatine** ☐ oui ☐ non**Oreillons** ☐ oui ☐ non**VACCINS — L'élève est-il à jour des vaccins suivants ?****OBLIGATOIRES****Typhoïde** ☐ oui ☐ non**Diphtérie** ☐ oui ☐ non**Poliomyélite** ☐ oui ☐ non**BCG** ☐ oui ☐ non} **ou DT Polio** ☐ oui ☐ non} **ou Tétracoq** ☐ oui ☐ non**RECOMMANDÉS****Hépatite B** ☐ oui ☐ non**Coqueluche** ☐ oui ☐ non**Rubéole-Oreillons-Rougeole** ☐ oui ☐ non*En cas de doute, l'élève doit passer à l'infirmerie du collège avec son carnet de santé pour vérification.***INFORMATIONS UTILES**

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION POUR LES SOINS MÉDICAUX

Nous, soussignés,

.....

.....

parents, tuteurs, responsables légaux* de l'enfant

.....

autorisons le professeur responsable ou l'accompagnateur à faire pratiquer en cas d'urgence une intervention médicale ou chirurgicale.

***rayer les mentions inutiles**

À le

Signatures :