



Lycée St Joseph  
MARVEJOLS

1, Av. Théophile Roussel  
48100 MARVEJOLS  
Tel : 04.66.32.02.40  
Fax : 04.66.32.30.45  
Email : st.jo.marv.48@wanadoo.fr  
<http://saintjo-marvejols.com>

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(A remplir par les parents ou responsables. Remplissez cette fiche recto verso avec le plus grand soin,  
elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire)

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Age : ..... Nationalité : ..... Sexe\* 'Féminin - Masculin

Nom et Prénoms des responsables légaux : .....

Téléphone des responsables légaux ou autres personnes :

.....ou.....ou.....ou.....

Adresse précise des responsables légaux ou autres personnes : .....

.....

.....

Médecin traitant (Nom, Adresse, N° de Téléphone) : .....

.....

\* Rayer la mention inutile.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OU SCOLAIRES

- **Vaccinations** : joindre au dossier les copies du carnet de santé ou fournir un certificat médical de contre-indication.
- **Couverture assurance maladie** : joindre au dossier la photocopie de la carte vitale

Je soussigné(e), Mme, M. : .....

Certifie que mon enfant (nom) ..... (prénom) ..... est à  
jour de toutes les vaccinations obligatoires, et est à ce jour apte à la vie en collectivité.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : Le vaccin Antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**Maladies et allergies**

▪Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes) .

Scarlatine  Otite  Rougeole  Rubéole  Angine  Rhumatisme Articulaire Aigu

Oreillons  Coqueluche  Varicelle  Autres maladies : .....

▪L'enfant souffre-t-il d'allergies ? (Faites une croix dans la ou les cases correspondantes) :

Médicamenteuses  Alimentaires  Asthme  Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....

▪Régime alimentaire en cours ? :  OUI  NON

Si oui lequel ? : .....

▪L'enfant suit-il un **traitement médical** :  OUI  NON **Si oui**

veuillez 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**)

▪Consignes particulières : .....

▪Autres informations médicales : .....

**Interventions chirurgicales et hospitalisations**

L'enfant a-t-il eu l'appendicite ?  OUI  NON

L'enfant a-t-il été opéré ?  OUI  NON

Si oui, quelle(s) opération(s) : .....

L'enfant a-t-il été hospitalisé ?  OUI  NON

Si oui (précisez le(s) date(s) et motif(s) : .....

**Autorisation de soins médicaux**

Nous soussignons, .....,  
responsables légaux de l'enfant .....,

Autorisons les responsables du lycée à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien et uniquement si nous ne pouvons être joints.

Nous déclarons exacts et sincères tous les renseignements portés au recto et au verso de la présente fiche de liaison.

**Date et signature des responsables légaux**

Faire précéder de la mention manuscrite « LU ET APPROUVE »