

## GROUPE SCOLAIRE LES LAUREATS

Adresse : 05 BP 6295

Tél : (226) 25 37 42 02

Ouagadougou 05

E-mail : [secretariatlaureats@yahoo.fr](mailto:secretariatlaureats@yahoo.fr)

Burkina Faso

Site Web : [www.leslaureats.net](http://www.leslaureats.net)

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'élève: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F - M

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Père (ou Tuteur) : \_\_\_\_\_ Profession/ Occupation : \_\_\_\_\_

Mère (ou Tutrice): \_\_\_\_\_ Profession/ Occupation : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ Quartier : \_\_\_\_\_ Secteur : \_\_\_\_\_

Boîte postale : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Téléphone travail / Work telephone : \_\_\_\_\_ Autres/ others : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone d'autre personne :

---

#### FRERES ET SŒURS

NOM	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	SITUATION
-----	---------	-------------------	-----------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS : B.C.G. \_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Polio \_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Diphthérie, Tétanos/DPT

\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Méningite \_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (oui ou non)

Rubéole: \_\_\_\_ Coqueluche: \_\_\_\_ Varice : \_\_\_\_ Angines : \_\_\_\_\_

*infections* : \_\_\_\_\_

Rhumatismes articulaires: \_\_\_\_\_

Rougeol: \_\_\_\_ Oreillons : \_\_\_\_ Otites: \_\_\_\_\_

Asthme: \_\_\_\_ Allergies (précisez ?) : \_\_\_\_\_

- L'enfant porte-t-il des lunettes ? \_\_\_\_\_

- Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates:

---

---

---

---

- Actuellement, suit-il un traitement? Si oui, lequel ?

\_\_\_\_\_

- Si l'enfant doit suivre un traitement pendant l'année scolaire, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

## EN CAS D'URGENCE :

- Nom de la personne à prévenir

: \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

- Nom du médecin de famille/

: \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

- Centre de soins où vous souhaiteriez que votre enfant soit soigné

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_