



Groupe Scolaire
Les Lauréats

Adresse : 05 BP 6295 Ouaga 2000

Tél: +226 25 37 42 02

E-mail: secretariatlaureats@yahoo.fr

Site Web : 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 : _____

Mère (ou Tutrice): _____ Profession : _____

Rue : _____ Quartier : _____ Secteur : _____

Boîte postale : _____ Ville : _____

Courriel: _____

Téléphone domicile : _____ Mobile : _____

Téléphone travail : _____ 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: _____

Diphtérie, Tétanos/DPT _____ Date: _____ Méningite _____ Date: _____

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

Rubéole: _____ Coqueluche: _____ Varicelle : _____ Angines : _____

Infections : _____

Rhumatismes articulaires: _____

Rougeole: _____ 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 : _____