



Groupe Scolaire  
Les Lauréats

Adresse : 05 BP 6295 Ouaga 2000

Tél: +226 25 37 42 02

E-mail: [secretariatlaureats@gmail.com](mailto:secretariatlaureats@gmail.com)

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

Année scolaire 2021-2022

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'élève: \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

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/autres : \_\_\_\_\_

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 / DTC \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Méningite : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Rougeole, Oreillons, Rubéole/ ROR : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

Varicelle : \_\_\_\_\_ Angines : \_\_\_\_\_ Otites: \_\_\_\_\_ Hépatites : A, B, C : (si oui précisez) \_\_\_\_\_

Infections : (si oui précisez) : \_\_\_\_\_

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

Asthme : \_\_\_\_\_ Allergies : (si oui précisez) : \_\_\_\_\_

- L'enfant porte t-il des lunettes ? \_\_\_\_\_
- Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- A-t-il un traitement médical permanent ? 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 : \_\_\_\_\_

- En cas d'urgence, à quel centre de soins votre enfant doit-il être conduit ?

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

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

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





## 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 : \_\_\_\_\_

- En cas d'urgence à quel centre de soins votre enfant doit-il être conduit ?

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

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

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