



Groupe Scolaire
Les Lauréats

Adresse : 05 BP 6295 Ouaga 2000

Tél: +226 25 37 42 02/ 77 58 95 88

E-mail: secretariatlaureats@gmail.com

Site Web : www.leslaureats.net

Année scolaire 2024-2025

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'élève: _____ classe _____

Prénom : _____ Sexe : F - M

Date de naissance: _____

Lieu de naissance: _____

Nationalité : _____

Père (ou Tuteur) : _____ Profession : _____

Mère (ou Tutrice): _____ Profession : _____

Rue : _____ Quartier : _____ Secteur : _____

e.mail : _____

Mobile père : _____ Mobile mère : _____

Whatsapp Père : _____ Whatsapp mère : _____

Nom et téléphone d'autre personne :

FRERES ET SŒURS

NOM	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	SITUATION
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS: si oui précisez les dates

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.

NB Veuillez joindre une copie du carnet de vaccination à jour de votre enfant

Date : _____ Signature : _____

