



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F  
Né(e) le ... / ... / ..... à ..... Département : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....

### RESPONSABLE LEGAL

Nom : ..... Prénom : .....  
Situation de Famille :  Père et mère  Père seul  Mère Seule  Tuteur  
 Autres cas Précisez.....  
Père : 📞 Domicile : ..... 📞 Travail : ..... 📞 Portable : .....  
Mère: 📞 Domicile : ..... 📞 Travail : ..... 📞 Portable : .....

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

N° Sécurité Sociale : .....

Nom et Adresse du centre de Sécurité Sociale : .....

### EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**OBSERVATIONS PARTICULIERES** que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :  
Précautions particulières à prendre en compte (allergies, problèmes de santé à connaître,..)

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Intervention chirurgicale importante  Non  si oui laquelle.....

Coordonnées du Médecin Traitant : Nom, Adresse, Téléphone

Fait à ..... Le.....

Signature du représentant légal