

Ecole du Sacré Cœur  
12 bis avenue Pottier  
59130 Lambersart  
Tel/fax : 03 20 55 91 00

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
ANNEE SCOLAIRE 2013/2014

**L'ENFANT**

Nationalité : Classe : .....  
Date de naissance :  
Groupe sanguin :

Prénom :  
Nom :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique(rappel tous les 5 ans) :

Allergies connues :

Maladie (diabète, asthme, ...) :

Traitement régulier :

L'enfant a-t-il des frères et sœurs scolarisés à Lambersart : OUI NON

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Nom Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée

**LES PARENTS** :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Situation familiale : mariés – vie maritale - PACS – célibataire – divorcés – séparés - veuf(ve)

PERE

MERE

Prénom :

Prénom :

Nom :

Nom :

Tél. bureau :

Tél. bureau :

Tél. portable :

Tél. portable :

Adresse mail :

Adresse mail :

N° de sécurité sociale :

N° de sécurité sociale :

Centre de sécurité sociale :

Centre de sécurité sociale :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement, en cas d'urgence :

*En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous, soussignés, Monsieur et Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... et en cas de besoin d'intervention chirurgicale.

A Lambersart, le .....

**Signature du père**

**Signature de la mère**

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

Nom, adresse de l'hôpital :