

# FICHE SANTÉ - 2022/2023

Collège Sainte Thérèse - 5 allée du Carmel - 40500 SAINT SEVER

Joindre la photocopie du carnet de vaccination de l'élève (DT Polio, BCG, etc...)

## ELEVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Demi-pensionnaire  Externe

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

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

## PARENTS

Portable père : \_\_\_\_\_ Portable mère : \_\_\_\_\_

Tél. Travail père : \_\_\_\_\_ Tél. Travail mère : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale : / . / . . / . . / . . / . . . / . . . / Mutuelle (Cie et n°) : \_\_\_\_\_

## PERSONNES A PREVENIR (Parents, famille d'accueil, service social, voisin, etc...) en cas de nécessité.

NOM et qualité : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

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

NOM et qualité : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

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

## PARTICULARITES

**Votre enfant** : - porte-t-il des lunettes ?  OUI  NON \* Mettre une croix dans la case correspondante.  
- porte-t-il des verres de contact ?  OUI  NON  
- a-t-il des difficultés d'audition ?  OUI  NON  
- suit-il un traitement  OUI  NON

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

**Autres précisions** : (problème particulier, allergie, maladie chronique ou à répétition, handicap physique, etc...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SUIVI MEDICAL

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

Numéro de tél. : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION D'OPÉRER

Je soussigné(e) M. / Mme \_\_\_\_\_, autorise le Chef d'Etablissement, dans le cas où l'on ne pourrait me joindre, et s'il y a une urgence reconnue par le corps médical, à faire procéder sur mon enfant (Nom Prénom) \_\_\_\_\_ toute intervention chirurgicale nécessaire, au CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE MONT DE MARSAN (URGENCES).

Date : .....

*Signature du père :*  
(ou du représentant légal)

*Signature de la mère :*  
(ou du représentant légal)