



FICHE SANITAIRE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon

Fille

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq				Coqueluche	
BCG (non obligatoire)				Autres (précisez)	
				Autres (précisez)	

JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS , si l'enfant n'a pas les vaccins, joindre un certificat de contre indication

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente (original) et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies ? ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES: _____

Conduite à tenir (si automédication le signaler, **joindre l'ordonnance au médicament**) : _____

Indiquez ci après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

En précisant les dates et les précautions à prendre: _____

3- RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS :

Port de lunettes, lentilles, appareils dentaires, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne...

L'enfant bénéficie t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non

Si oui joindre la photocopie du PAI

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier, précisez: _____

Natation: l'enfant sait-il nager ? oui non Si oui, quel niveau ? _____

L'enfant mouille t-il son lit ? oui non

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Tel domicile/ portable : _____ Tél travail : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Je soussigné (e), _____ responsable légal de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire

Date et signature: _____