



# 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  nonALIMENTAIRES  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: \_\_\_\_\_