



FICHE SANITAIRE

1/ ENFANT :

Fille Garçon

Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune (déléguée)

Tel parents : portable :

2/ VACCINATIONS :

Si ce tableau n'est pas complété, en cas d'hospitalisation, votre enfant recevra automatiquement les vaccins nécessaires.

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq			
BCG			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, lequel ? (*Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.*)

.....

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

RUBEOLE <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 AIGÜ <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	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES

Asthme oui non

Médicamenteuse oui non

Alimentaire oui non

Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

PAI (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles)

Votre enfant est-il reconnu porteur d'un handicap ?

oui non Si oui, merci de fournir un justificatif.

Difficultés de santé ou autres recommandations utiles :

Si oui précisez :

Médecin traitant :

Tél :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc (précisez)

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune (déléguée)

Téléphone fixe :Portable :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :