

Nom du jeune : .....Prénom : .....



Direction départementale de la cohésion sociale

# 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 RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		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 ?

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>SCARLATINE</b> <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 : .....

## 4/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT :

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 :