



FICHE SANITAIRE

Nom :
Prénom :

Fille Garçon
Date de naissance :

1. L'ENFANT

Adresse :
Code postal :
Commune déléguée :
Téléphone des parents :

2. VACCINATIONS

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	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 MÉDICAUX CONCERNANT 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 ?

Rubéole	Otite	Rhumatisme articulaire aigu
Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Coqueluche	Angine	Oreillons
Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Varicelle	Rougeole	Scarlatine
Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non

ALLERGIES

Asthme : Oui / Non

Alimentaire : Oui / Non

Médicamenteuse : Oui / Non

Autres :

Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

• Projet d'Accueil Individualisé (PAI) en cours : Oui / Non

Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles :

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

Si oui, joindre un justificatif.

Oui / Non

• Difficultés de santé ou autres recommandations utiles :

• Médecin traitant :

Téléphone :

• Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires ? Oui / Non

Si oui, préciser :

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune déléguée :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements précédents concernant l'enfant.

Date :

Signature :

