

FICHE SANITAIRE - ANNÉE SCOLAIRE 2018/2019 (1 PAR PERSONNE)

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom & Prénom : _____ Age : _____

Nom du responsable de l'enfant : _____

Nom et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Nom et coordonnées du médecin de famille : _____

VACCINATIONS DE L'ENFANT

| Vaccins Obligatoires | Oui | Non | Date des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Polyomyélite | | | | Coqueluche | |
| - Ou DT polio | | | | Autres (à préciser) | |
| - Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole Varicelle Angines Rhumatismes Scarlatine Otites Rougeole Oreillons Coqueluche

L'enfant a-t-il des allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : _____

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Autres difficultés de santé (maladies, accidents, opérations...) : _____

TRAITEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non Lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement durant sa présence dans la structure, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance du médecin.

RECOMMANDATIONS DIVERSES DES PARENTS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____, le _____

Signature des parents :

