

# FICHE SANITAIRE - ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021 (1 PAR PERSONNE)

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

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 t-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 :



Association VIVA Sioule "Vivre, Initier, Valoriser, Animer"

ASSOCIATION VIVA SIOULE - 17 place de la gare - 03 450 EBREUIL  
04 70 90 74 80 - contact@vivasioule.fr - www.vivasioule.centres-sociaux.fr

