



# FICHE SANITAIRE

## ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

## VACCINATIONS

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                           | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                           | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT Polio   |     |     |                           | Autres (Précisez)          |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                           |                            |       |
| BCG                  |     |     |                           |                            |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si l'enfant doit suivre un traitement médical pendant les temps périscolaires, faire systématiquement parvenir une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES?

|                                                                         |                                                                        |                                                                       |                                                                                             |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| RUBEOLE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÜ<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | OTITE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                      |                                                                         |

**ALLERGIES :** ASTHME      Oui ☐ Non ☐    MEDICAMENTEUSES      Oui ☐ Non ☐  
ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐    AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)**

.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENTS, HOSPITALISATIONS, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ :

.....  
.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....

Prénom : .....

tél. Portable : .....

tél. Bureau : .....

*Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des temps d'accueil périscolaire, le cas échéant, à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :