



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	
Ou DT Polio				Autres (Précisez)	
Ou 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 Oui ☐ Non ☐	VARICELLE Oui ☐ Non ☐	ANGINE Oui ☐ Non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ Oui ☐ Non ☐	SCARLATINE Oui ☐ Non ☐
COQUELUCHE Oui ☐ Non ☐	OTITE Oui ☐ Non ☐	ROUGEOLE Oui ☐ Non ☐	OREILLONS Oui ☐ Non ☐	

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 :