

FICHE SANITAIRE

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance

GARCON FILLE

Taille :

Poids:

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES à (partir de 2018)	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS (avant 2018)	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical au quotidien ? OUI NON

Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (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 ET
UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

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

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives hospitalisation, opération, rééducation) EN
PRECISANT LES DATES ET **LES PRECAUTIONS A PRENDRE**

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif).....

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités définir l'hôpital de secteur.

Date :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL