

FICHE SANITAIRE

ENFANT :

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon

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

VACCINS Obligatoires	OUI	NON	DATES des derniers rappels	VACCINS recommandés	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 médical de contre- indication.

Attention : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	Rhumatisme articulaire aigu	SCARLATINE
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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	

ALLERGIES

	Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)
Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Alimentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Médicamenteuses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autres <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des Parents

Votre enfant porte-t-il, des lunettes, des prothèses auditives
Précisez.

Je soussigné(e) Mme, M responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

SIGNATURE