

FICHE SANITAIRE

Enfant

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse complète :

Garçon : Fille :

VACCINATIONS :

Merci d'apporter le carnet de santé de l'enfant avec le dossier d'inscription SVP.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE- INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom, prénom et adresse du médecin traitant :

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente 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 ?

<u>RUBEOLE</u>	<u>VARICELLE</u>	<u>ANGINE</u>	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</u>	<u>SCARLATINE</u>
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u>	<u>OTITE</u>	<u>ROUGEOLE</u>	<u>OREILLONS</u>	
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIE(S) : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
 ALIMENTAIRE oui non AUTRES :.....

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

.....

REGIME ALIMENTAIRE :

.....

INDIQUEZ CI – APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

PRECISEZ.

.....

MERCI EGALEMENT DE PRECISER SI VOTRE ENFANT NE DOIT PAS MANGER DE PORC :

.....

Je soussigné (e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, déplacement dans un véhicule communal à l'intérieur ou à l'extérieur de la commune) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature obligatoire :