

FICHE SANITAIRE – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ENFANT

Nom : _____ Prénom _____ Date de naissance : _____

SEXE: Garçon Fille

VACCINATIONS

Précisez	VACCINS	DATE
DT POLIO		
DT COQ		
TETRACOQ		
POLIO	RAPPELS	

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATE		DATE		DATE
1 er vaccin		1 er vaccin		1 er vaccin	
Rappel		Rappel		Rappel	

Au cas où l'enfant n'est pas vacciné, préciser pourquoi : _____

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates (allergies, maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, rééducation)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Non Oui

Si oui, lequel:

Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre l'ordonnance aux médicaments.

AUTORISATION PARENTALE

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant : _____

Adresse : _____ N° Téléphone _____

Médecin traitant : _____ N° Téléphone _____

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exactes les informations inscrites sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

FAIT A : _____ Le _____ SIGNATURE _____