

FICHE SANITAIRE

L'ENFANT



Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Classe :
 Garçon Fille

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

Pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES pour les enfants nés avant 2018	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS Obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Méningocoque C	
Ou Tétracoque		Pneumocoque	
		L'Haemophilus influenzae B	

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et téléphone du médecin traitant :

ALLERGIES CONNUES À CE JOUR :

ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tournez la page SVP

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non
 (Joindre le protocole et toutes les informations utiles)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez ci-après tout antécédent médical que vous jugez utile de porter à la connaissance du personnel du périscolaire (Maladie, Fracture, crise convulsive, hospitalisation, Opération) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père/Mère
 NOM Prénom
 Adresse.....

☎ Fixe ou portable : Travail :

Mère/Père
 NOM Prénom
 Adresse.....

☎ Fixe ou portable : Travail :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe du périscolaire 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 à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :

