

FICHE SANITAIRE

2016 - 2017

Accueil periscolaire et de loisirs



ENFANT

NOM : PRENOM :
 Date de naissance : AGE :

MEDECIN

NOM : TEL :

VACCINATIONS



Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS NON OBLIGATOIRES	DATES
DT POLIO				ROR	
				MENINGOCOQUE	

Merci de joindre la photocopie de la page des vaccinations du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT



Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, de quoi ? Date :
 Date :

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

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Autres.....

L'enfant a-t-il eu des allergies ? Si OUI certificat médical obligatoire

☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuses ☐ Autres.....

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant prend-t-il un médicament tous les jours ? Lequel ?

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,

Avez-vous des remarques particulières concernant la santé de votre enfant ?



Fait à Le

Signature :

