

FICHE SANITAIRE

Nom de l'élève _____ Prénom _____

Vaccinations

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ? OUI NON

Joindre photocopie du carnet de vaccination (ou attestation du médecin)

Renseignements médicaux : indiquer les difficultés de santé de l'enfant

Maladies infantiles : l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Angine | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Otite | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Scarlatine | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Autres maladies | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | si oui, lesquelles |

.....

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------|
| Crises convulsives | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | |
| Asthme | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | depuis quand |

.....

- | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|------------|
| Allergies | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | lesquelles |
|-----------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|------------|

.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? oui non
Lequel

.....

Recommandation des parents :

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