

**Cette fiche est à rendre obligatoirement au format papier. Celles envoyées par mail ne seront pas prises en compte.**

<b>L'ENFANT</b>	
NOM : _____ Prénom : _____	
Sexe : _____	Né(e) le : _____ à : _____

**1. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou au carnet de vaccination).

Enfant né avant 2018	
Vaccins Obligatoires	Dates des Derniers rappels
DT Polio	

Enfant né à partir de 2018	
Vaccins obligatoires	Dates des Derniers rappels
DT Polio	
Hépatite B	
ROR	
Coqueluche	
Infections invasives à pneumocoque	
Méningocoque de séro groupe A, B, C, W et Y	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre – indication.

**1- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES**

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

REGIME ALIMENTAIRE :  Sans porc       Alternatif (sans viande, sans poisson)

ALLERGIES : Asthme      oui  non       Médicamenteuses oui  non   
 Alimentaire      oui  non       autre : \_\_\_\_\_

Tournez svp

**Cette fiche est à rendre obligatoirement au format papier. Celles envoyées par mail ne seront pas prises en compte.**

Précisez en détail la cause de l'allergie et la conduite à tenir

---

---

---

---

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

---

---

---

---

## 2- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires...

---

---

---

---

## 3- RESPONSABLE DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :

---

---

Tél fixe et portable : \_\_\_\_\_ bureau : \_\_\_\_\_

Nom et tél du médecin : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)

DATE ET SIGNATURE :