

FICHE SANITAIRE

Nom de l'élève _____ Prénom _____

Vaccinations

Date des dernières vaccinations obligatoires subies :

Si votre enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018,
veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Vaccin	Dates de vaccination (par dose)		
	Dose 1	Dose 2	Dose 3
DT Polio			

Si votre enfant est né après le 1^{er} janvier 2018,
veuillez compléter le tableau ci-dessous

Vaccins	Dates des vaccinations (par dose)		
	Dose 1	Dose 2	Dose 3
DT Polio			
Hib			
Coqueluche			
Hépatite B			
Pneumocoque			
ROR			
Méningocoque			

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 oui non
 Varicelle oui non
 Angine oui non
 Otite oui non
 Rougeole oui non
 Scarlatine oui non
 Coqueluche oui non
 Oreillons oui non
 Rhumatisme articulaire aigu oui non
 Autres maladies oui non si oui, lesquelles

.....
 Crises convulsives oui non
 Asthme oui non depuis quand

Allergies oui non lesquelles

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

Recommandation des parents :

.....

