

**CANTINE GARDERIE DE LA COMMUNE D'UPIE**Fiche Sanitaire
Année scolaire 2025/2026**Elève**

Nom :	Prénom :	Genre :
Date de Naissance :	Classe :	

Médecin traitant

Nom :	Prénom :
Tel :	Adresse :
Courriel @ :	

Vaccinations**(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)**

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Dihptérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
DT Polios				Méningocoque C			
				Haemophilus Influenza B			
				Pneumocoque			
				Rubéole Oreillons Rougeole			

Attention pour les enfants nés à partir du 01/01/2018 la liste des vaccins obligatoires a évolué

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Vaccins Obligatoires	Oui	Non
Coqueluche			Méningocoque C		
Haemophilus Influenza B			Pneumocoque		
Hébatite B			Rubéole Oreillons Rougeole		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
(a noter que le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)**Renseignements médicaux**

L'enfant suit-il un traitement médical	Oui	Non	Si oui, joindre un courrier du médecin, l'ordonnance ainsi que les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)
--	-----	-----	---

Entourez les maladies que l'enfant a déjà eu ci-dessous

Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Angine	Oreillons	Otite
---------	-----------	------------	------------	----------	--------	-----------	-------

Entourez les allergies que l'enfant a déjà eu ci-dessous

Alimentaires	Médicamenteuses	Autres allergies
--------------	-----------------	------------------

CANTINE GARDERIE DE LA COMMUNE D'UPIEFiche Sanitaire
Année scolaire 2025/2026

L'enfant présente-t-il un problème particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?	Oui	non

Recommandations utiles			
Votre enfant porte-t-il	Oui	Non	Informations complémentaires
Lunettes			
Lentilles			
Prothèse auditive			
Prothèse dentaire			

Observations supplémentaires

Ce formulaire permet de recueillir des informations utiles et vous évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant. Merci de le compléter le plus précisément possible.

Nous vous rappelons que la cantine/garderie a un fonctionnement distinct de l'école. Tout traitement médical concernant la cantine/garderie et l'école devra être fourni aux 2 établissements.

Nous précisons également qu'aucun traitement médical ne pourra être pris sans ordonnance.

Date

Signature Mère / Père / Tuteur légal

Signature Mère / Père / Tuteur légal