

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

L'ENFANT	
NOM : _____	Prénom : _____
Sexe : _____	Né(e) le : _____ à : _____

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

Enfant né avant 2018		Enfant né à partir de 2018	
Vaccins Obligatoires	Dates des Derniers rappels	Vaccins obligatoires	Dates des Derniers rappels
DT Polio		DT Polio	
		Hépatite B	
		ROR	
		Coqueluche	
		Infections invasives à pneumocoque	
		Méningocoque de sérogroupe 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 ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	

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 :