

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 :

.....

.....

.....