

# FICHE SANITAIRE SCOLAIRE

Une fiche par enfant



Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon       Fille

## 1) RESPONSABLES DE L'ENFANT

Parent 1      Père       Mère

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Profession .....

Tél : .....

Parent 1      Père       Mère

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Profession .....

Tél. : .....

## 2) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**ATTENTION :** Le vaccin anti-tétanos ne présente aucune contre-indication

*Réservé à l'administration*

NOM :

PRÉNOM :

### 3) RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et Coordonnées du Médecin traitant :

.....

L'enfant suit-il un traitement médical durant l'année scolaire ? Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<u>Rubéole</u>			<u>Varicelle</u>			<u>Angine</u>			<u>Rhumatisme Articulaire Aigu</u>			<u>Scarlatine</u>		
oui		non	oui		non	oui		non	oui		non	oui		non
<u>Coqueluche</u>			<u>Otite</u>			<u>Rougeole</u>			<u>Oreillons</u>					
oui		non	oui		non	oui		non	oui		non			

ALLERGIES : Asthme Oui  Non  Médicamenteuses Oui  Non   
Alimentaires Oui  Non  Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Tout problème de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....  
.....

### 4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....  
.....

**5) EN CAS D'HOSPITALISATION**, veuillez préciser le Nom et le Numéro de l'Hôpital ou de la Clinique souhaitée :

.....  
.....