

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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 :

.....
.....