

4 - FICHE SANITAIRE

Nom et prénom et classe de l'enfant :

VACCINATIONS : (vous pouvez joindre une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autre (précisez)	
Ou Trétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué 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 :

RUBEOLE oui non VARICELLE oui non ANGINE oui non

RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGU oui non SCARLATINE oui non COQUELUCHE oui non
OREILLONS oui non OTITE oui non ROUGEOLE oui non

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRE oui non (si oui veuillez remplir au dos)

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

.....
.....

DIFFICULTES DE SANTE : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

.....
.....
.....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

LIEU D'HOSPITALISATION EN CAS D'URGENCE :

.....

Problèmes rencontrés :

► Epilepsie, convulsions Oui Non

Avec traitement

Sans traitement

Symptômes et Conduite à tenir :

.....

.....

► Allergie alimentaire Oui Non

Arachide Fruits à coques sauf arachide

Œuf Poisson fruit

Sans traitement d'urgence

Avec traitement d'urgence :

 Si oui lequel : Antihistaminique (Primalan...)

Corticoïde (Célestène, Solupred...)

Adrénaline injectable (ANAPEN...)

Symptômes et Conduite à tenir :

.....

.....

MALADIE AUTRE Oui Non

 ► Maladie cœliaque

 ► Cardiopathie

 ► Autre pathologie :

 Traitement :

Symptômes et Conduite à tenir :

.....

.....

Nom et coordonnées du médecin suivant l'enfant pour cette allergie ou cette maladie :

.....

Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant..... déclare
exacts les renseignements portés sur ce document et autorise les responsables à prendre, le cas
échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) ren-
dus nécessaire par l'état de mon enfant.
Je m'engage à fournir tout documents (PAI, ordonnances, trousse de secours...) qui sont né-
cessaire pour l'accueil de mon enfant.

Fait à : Signature :
Le :