



FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant

ENFANT : fille garçon **DATE DE NAISSANCE** :

NOM : **PRENOM** :

ADRESSE :

VACCINATIONS :

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			dernier rappel	Vaccins recommandés			date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle
oui non	oui non
Otite	Rougeole
oui non	oui non
Scarlatine	Coqueluche
oui non	oui non
Rhumatisme articulaire aigu	
oui non	oui non
Angine	Oreillons
oui non	oui non

Allergies : (barrer la mention inutile)

Médicamenteuse	oui	non
Alimentaire	oui	non
Asthmes	oui	non
Autres	oui	non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

Votre enfant est reconnu handicapé par la MDPH OUI NON

Votre enfant a un PAI à l'école (si oui en fournir un exemplaire) OUI NON

Votre enfant est reconnu en ALD OUI NON

Votre enfant prend un traitement (si oui fournir une ordonnance) OUI NON

Votre enfant a un(e) AESH en classe OUI NON

Votre enfant est scolarisé en classe ULIS OUI NON

Autres précisions permettant d'accueillir au mieux votre enfant :

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....

.....

.....

Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél domicile : Tél travail :

Tél portable :

Nom et tel du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :