



FICHE SANITAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant et reste confidentielle.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé, joindre copie des pages de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DE DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou Tétracocq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuse Oui Non
Alimentaires Oui Non Autres :

Si votre enfant est allergique, un PAI (projet d'accueil individualisé a-t-il été mis en place ?
 Oui (dans ce cas joindre la copie du PAI) Non

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

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? précisez :

PRATIQUES D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Votre enfant est-il apte à la pratique d'activités physiques et sportives Oui Non

Si « Non », nous fournir un certificat médical de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

MERE :

Nom :

Prénom :

☎ dom :

☎ port :

☎ pro :

Adresse :

PERE

Nom :

Prénom :

☎ dom :

☎ port :

☎ pro :

Adresse :

Nom, Adresse et ☎ du médecin traitant

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de contacter les parents)

Personne 1 Nom: Prénom :

☎ dom : ☎ port

Adresse :

Lien de parenté avec le responsable légal :

Personne 2 Nom: Prénom :

☎ dom : ☎ port

Adresse :

Lien de parenté avec le responsable légal :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le maire et/ou son représentant à prendre le cas échéants, toutes mesures (médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :