

## FICHE SANITAIRE

### ENFANT

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Sexe .....

Nom et téléphone du médecin traitant .....

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT	
Nom .....	Nom .....
Prénom .....	Prénom .....
Adresse .....	Adresse .....
Tél Fixe .....	Tél Fixe .....
Tél Portable .....	Tél Portable .....
Tél Travail .....	Tél Travail .....
N° de sécurité sociale .....	N° de sécurité sociale .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANTS L'ENFANT

**ATTENTION JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE ET UNE ATTESTATION DES VACCINS OBLIGATOIRES\***

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date des derniers rappels	AUTRES VACCINS	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT POLIO				BCG	
Ou Tétracoq				.....	

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

L'enfant suit-t-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente.

Allergies médicamenteuses .....

Allergies alimentaires .....

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

.....  
.....

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

- Rubéole
- Varicelle
- Angine
- Rhumatisme articulaire aigu
- Scarlatine
- Coqueluche
- Otite
- Rougeole
- Oreillons
- Asthme

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....  
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les DATES et les PRECAUTIONS A PRENDRE

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

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE SIGNATURE

\* réalisée par un médecin