FÉDÉRATION BAS-RHIN
la ligue de l'enseignement

A COMPLETER, SIGNER ET RENDRE AVEC LE DOSSIER

FICHE SANITAIRE

ENFANT

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

Nom et téléphone du médecin traitant ……

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANTS L'ENFANT

ATTENTION JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION.

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date des derniers rappels	AUTRES VACCINS	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyelite				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 a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

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)
……
……

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, ……, 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