

FICHE SANITAIRE 2023-2024

ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou D T polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 marquées 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 ?

	OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			COQUELUCHE		
VARICELLE			OTITE		
ANGINE			ROUGEOLE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OREILLONS		
SCARLATINE					

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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.

PRÉCISER SI RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (ex : sans viande, sans porc, etc...)

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

ADRESSE MAIL _____

TÉL. DOMICILE : _____/_____/_____/_____/_____

PORTABLE PERE : _____/_____/_____/_____/_____

PORTABLE MERE : _____/_____/_____/_____/_____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT(FACULTATIF) _____

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M/Mme _____

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 nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Ecquevilly, Le.....

(Signature du responsable légal)