

FICHE SANITAIRE

ÉCOLE :

CLASSE :

1 - ENFANT :

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Fille ☐ Garçon ☐

2 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant + fournir les copies des vaccinations à jour)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)				Hépatite B	
Pentacoq				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres (préciser)	

*SI L'ENFANT N'EST PAS À JOUR DE SES VACCINS OBLIGATOIRES
 JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION*

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical : oui ☐ non ☐

Si oui, pourquoi :

.....

.....

Quel type de traitement : donner le nom du/des médicament (s)

.....

.....

.....

ALLERGIES : Asthme : oui ☐ non ☐

Médicamenteuse : oui ☐ non ☐

Alimentaires : oui ☐ non ☐

PAI : oui ☐ non ☐

Autres : oui ☐ non ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre la copie du protocole médical et le nécessaire d'urgence, rencontre avec les parents souhaitée en cas de PAI).

.....

.....

.....

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....
.....

Doit-il les porter durant : les activités sportives oui ☐ non ☐

 les jeux en extérieur oui ☐ non ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE

.....
.....

TÉL. FIXE ET PORTABLE : /

BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et donne l'autorisation au personnel responsable d'agir en mes lieu et place (en cas où les parents soient injoignables) de faire appel aux secours (pompiers, ...). De même, je m'engage à ne donner aucun médicament car j'accepte que le personnel ne soit pas autorisé à administrer un médicament même sur présentation d'une ordonnance (en dehors de toute situation d'urgence ou dans le cadre des P.A.I.).

En cas de P.A.I., m'engage à fournir une trousse de secours et de veiller à faire le remplacement des produits périmés.

Date :

Signature :