



# Fiche Sanitaire

## L'enfant :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F  
 Né(e) le : ...../...../..... Age (en mois) : ..... Lieu de Naissance : .....  
 N° de sécurité sociale : .....

## Coordonnées du médecin traitant :

Nom : ..... ☎ : .....  
 Adresse : .....

## Vaccinations : (joindre les photocopies du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Tétra coq		Rubéole Oreillons Rougeole	
Penta coq		Hépatite B	
Autre : .....		Coqueluche	
<b>BCG</b>		Autres (préciser) : .....	
Test tuberculique	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	

## Traitement en cours et précautions particulières :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, identifiées au nom de l'enfant, accompagnées de la notice.

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE DATEE ET SIGNEE DU MEDECIN.**

## Allergies :

Médicamenteuses :  Oui  Non Alimentaires :  Oui  Non

Autres (latex, pollen, poussières...)  Oui  Non

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

L'enfant nécessite-t-il la constitution d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) ?  Oui  Non

L'enfant est-il soumis à un régime alimentaire spécifique ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

**Probleme(s) de santé :** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

.....  
.....

TOUTE MALADIE DE LONGUE DUREE DOIT FAIRE L'OBJET D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (ASTHME, DIABETE...)

**Recommandations utiles des parents :** (précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèse dentaires ou auditives...) :

.....  
.....

**Maladies :** L'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	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <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	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital du secteur. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Directeur, à donner les premiers soins d'urgence, à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Bouc-Bel-Air, le ...../...../.....

Signature des parents (\*)

(\*) signature précédée de la mention lu et approuvé