

FICHE SANITAIRE
(autant de fiche que d'enfant)

ENFANT

Nom : Prénom :

Garçon Fille Date de naissance : - - / - - / - - - -

VACCINATIONS : (Joindre les photocopies des pages correspondantes)

D.T Polio : oui non date dernier rappel :

Tétanos : oui non date dernier rappel :

Coqueluche : oui non date dernier rappel :

B.C.G : oui non date :

Autres vaccins :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

(maladie, traitement, conduite à tenir)

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) : oui non date de validité :

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

Rubéole oui non Varicelle oui non

Coqueluche oui non oreillons oui non

Maladies chroniques : asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) :

.....
.....

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autres (précisez) :

.....
.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON

Si oui, lequel ? (en cas d'allergie, veuillez fournir un certificat médical d'un allergologue :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, lequel ?

ATTESTATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Nous signaler tout changement en cours d'année.

Date

Signature