

FICHE SANITAIRE ENFANT

Nom :

Fille

Prénom :

Garçon

Date et lieu de naissance :

Commune de l'école : Classe :

Nom et Numéro assurance :

Nom du médecin traitant : Tél. médecin :

VACCINATIONS

MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DE TOUTES LES PAGES DU CARNET DE VACCINATION MEME SI CELLES-CI SONT VIERGES

ANTECEDENTS MALADIES

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

	scarlatine	coqueluche	rhumatisme articulaire aigu	rubéole	varicelle	angine	rougeole	oreillons	otite
OUI ou NON									
Date									

MEDICAMENTS

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre l'ordonnance médicale (de moins de 3 mois) et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES (voir article 3 du règlement)

L'enfant a-t-il des allergies ?

asthme alimentaires médicamenteuses animaux autres précisez :

La cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

INFORMATIONS UTILES ET RECOMMANDATIONS

Indiquez ci-dessous :

- Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre).
- Les recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc.)

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