

## FICHE SANITAIRE

Année 2017

**Enfant :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Garçon  Fille **Responsable légal :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Autre tél. : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant :** NOM : \_\_\_\_\_

N° de tél. : \_\_\_\_\_

**Vaccinations :***Joindre la photocopie du carnet de santé avec le nom et le prénom de votre enfant ou remplissez le tableau ci-dessous :*

<b>Vaccins obligatoires</b>	<b>Dates du vaccin ou du dernier rappel</b>	<b>Vaccins recommandés</b>	<b>Dates du vaccin ou du dernier rappel</b>
ou DT Polio		Hépatite B	
ou TETRACOQ		Rubéole – Oreillons - Rougeole ROR	
BCG		Coqueluche	
Hépatite B		Autres vaccins (à préciser <sup>o</sup> )	

**Problèmes de santé de l'enfant :** Signalez les antécédents médicaux dans les domaines suivants :

Allergies : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Maladies : (*rubéole, varicelle, angine, scarlatine, coqueluche, otite, rougeole, oreillons etc.*)

\_\_\_\_\_

Accidents : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Précisez :**

**Les causes de l'allergie signalée et la conduite à tenir :**

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

**Les précautions particulières à prendre** si votre enfant a eu récemment des difficultés de santé (*maladie, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation*)

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

**Recommandations des parents :**

Votre enfant porte-t-il :

des lunettes	<input type="checkbox"/>	des lentilles	<input type="checkbox"/>
<i>s'il porte des lunettes, est-ce :</i>			
	- continuellement	<input type="checkbox"/>	
	- uniquement pour des activités dites de fatigue (lecture par exemple)	<input type="checkbox"/>	
des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	des prothèses auditives	<input type="checkbox"/>

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

**Aucun médicament ne sera donné à l'enfant en dehors d'un besoin médical précis et identifié** (*ordonnance récente et médicaments correspondant marquées au nom de l'enfant*) **en accord avec la directrice.**

*Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : .....

Signature