



- Accueils de loisirs Périscolaire Extrascolaire
- Restauration scolaire
- Club Ados

Place G. Clémenceau-95620

## FICHE SANITAIRE

### 1 ENFANT

NOM : _____	Prénom : _____
Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	Date de naissance : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps de présence de votre enfant.

### 2. VACCINATIONS

Vaccins Obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio		Hépatite B	
Trétracoq		R.O.R.	
Poliomyélite		Coqueluche	
		Autres (à préciser)	

(Vous pouvez joindre la photocopie de la page de vaccination du carnet de santé)

### 3 RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**dans leurs boites d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.**

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

<b>RUBEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VEILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

#### ALLERGIES :

- ASTHME    oui     non                       MEDICAMENTEUSES    oui     non
- ALIMENTAIRE    oui     non                       AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....