



# FICHE SANITAIRE

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant :** \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS :** (joindre la photocopie des pages correspondantes)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DT POLIO				BCG	
				ROR	
				Coqueluche	
				Autres (précisez)	

Si l'enfant n'est pas vacciné, Pourquoi ? : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

	OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			OTITE		
VARICELLE			ANGINE		
ROUGEOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
COQUELUCHE			OREILLONS		
			SCARLATINE		

**ALLERGIES :** ASTHME :  Oui  Non / **MEDICAMENTEUSES :**  Oui  Non / **ALIMENTAIRES**  Oui  Non  
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INDIQUEZ CI-APRES :** les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :** lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires ou toute autre information utile. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date :

Signature :