



MAIRIE DE PLUMAUGAT

# FICHE SANITAIRE

## GARDERIE ALSH

### Enfant

Garçon                       Fille

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

### Vaccinations

<b>Vaccins obligatoires</b>		Dates des derniers rappels	<b>Vaccins recommandés</b>	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Coqueluche	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		B.C.G.	
Ou Trétacoq	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autres	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### Maladies

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)*

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

**Allergies**

Asthme             Oui     Non            Médicamenteuses     Oui     Non  
Alimentaires     Oui     Non            Autres                     Oui     Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le préciser):  
.....  
.....

NB : en cas d'allergie alimentaire, si votre enfant mange à la cantine, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est à remplir (à renouveler tous les ans). Document à retirer en Mairie

---

**Difficultés de santé**

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

---

**Recommandations utiles des parents**

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

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

---

**Responsable de l'enfant**

Nom: ..... Prénom:.....  
Adresse: .....  
.....  
Numéro(s) de téléphone: .....

---

**Médecin traitant**

Nom:.....  
Ville:.....  
Numéro de téléphone:.....

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

Date:     /     /

Signature