



FICHE SANITAIRE

GARDERIE ALSH

Enfant

Garçon

Fille

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Vaccinations

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	Oui	Non		Hépatite B	
Tétanos	Oui	Non		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	Oui	Non		Coqueluche	
Ou DT Polio	Oui	Non		B.C.G.	
Ou Trétacoq	Oui	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	Oui	Non	Coqueluche	Oui	Non
Varicelle	Oui	Non	Otite	Oui	Non
Angine	Oui	Non	Rougeole	Oui	Non
Rhumatisme articulaire aigu	Oui	Non	Oreillons	Oui	Non
Scarlatine	Oui	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