



MAIRIE DE PLUMAUGAT

# FICHE SANITAIRE

( + photocopie du carnet de vaccination)

## GARDERIE ALSH

### Enfant

Garçon                       Fille

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

### Vaccinations

**copies des vaccins obligatoires.**

Pour être accueilli dans les services péri et extrascolaires, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal.

- Vaccin obligatoire : DT Polio
- Vaccins obligatoires supplémentaires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018 :  
Coqueluche – Méningocoque – Hépatite B – Pneumocoque – H.Influenza B – ROR
- Vaccin recommandé : BCG

Je certifie que mon enfant est à jour de ses obligations vaccinales                       Oui       Non

*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 péri et extrascolaires à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:     /     /

Signature