



FICHE SANITAIRE

N° 10008*02

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant.
Elle évite de vous démunir du carnet de santé

① **ENFANT**

Nom : Prénom :

date de naissance :

Garçon : Fille :

Adresse :

.....

② **MÉDECIN TRAITANT**

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

③ **VACCINATIONS (se referez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Pentacoq ou		Hépatite B	
Tetracoq ou		Rubéole Oreillons Rougeole	
Autre :		Coqueluche	
		Autres (préciser)	
BCG			
Test tuberculinique :			
négatif <input type="checkbox"/>	positif <input type="checkbox"/>		

Fournir la copie du carnet de vaccination

④ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

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

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 a prendre :**

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

5) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc....

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

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le
responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical,
hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

