FICHE SANITAIRE (une pour chaque enfant)

		⊐ Garçon		☐ Fille						
Diphtérie BCG	Médecin traita	ant :			Téléph	one :				
Diphtérie BCG										
Diphtérie BCG										
Diphtérie BCG Hépatite B POINT Hépatite B POINT Hépatite B POINT	♥ VACCINATI	IONS : ren	nplir le ta	bleau ou donner phot	cocopies a	lu carnet de s	anté			
Tétanos Hépatite B Poliomyélite ROR Poliomyélite Pol		Oui	Non	Date dernier rappel			Oui	Non	Date de	ernier rap
Poliomyélite	Diphtérie									
OU DT Polio OU Tétracoq Autre Autre L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non ioui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur mballage 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 Scarlatine oui non Naigne oui non Oreillons oui non Otite oui non Otite oui non Naigne oui non Rougeole oui non Rhumatisme articulaire aigu oui non One Médicamenteuses oui non Otite oui oui non Otite oui ou	Tétanos				Hép	oatite B				
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT → L'enfant suit-il un traitement médical ?	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·									
E RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical?						•				
□ L'enfant suit-il un traitement médical?	OU Tétracoq				Aut	re				
i oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur mballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) → L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes: Rubéole	RENSEIGN	EMENTS I	MEDICAU	X CONCERNANT L'EN	FANT					
i oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur mballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) → L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes: Rubéole	➡ L'enfant cu	iit₋il un tra	aitement	médical 2		Поші	□nc	'n		
## L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes: ## Rubéole	→ Lemant su	iit-ii uii ti c	aitement	ineuicai :		Li oui	<u> </u>	/I I		
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes: Rubéole							oites de	médican	nents dan	s leur
Rubéole oui non Coqueluche oui non Scarlatine oui non Naricelle oui non Oreillons oui non Otite oui non Angine oui non Rougeole oui non Rhumatisme articulaire aigu oui non Alimentaires Médicamenteuses Oreillons oui non Médicamenteuses Oreillons Oreil	mballage d'ori	igine mar	quées au	nom de l'enfant avec	la notice)					
Varicelle oui non Oreillons oui non Otite oui non Angine oui non Rougeole oui non Rhumatisme articulaire aigu oui non Médicamenteuses oui Alimentaires Médicamenteuses oui	→ L'enfant a-	t-il déjà e	u les mala	adies suivantes:						
Varicelle oui non Oreillons oui non Otite oui non Angine oui non Rougeole oui non Rhumatisme articulaire aigu oui non Médicamenteuses oui non Médicamenteuses oui ou	Ruhéole	Поші	Проп	Coqueluche	Поші	Ппоп	Scarl	atine	Поші	□non
Angine oui non Rougeole oui non Rhumatisme articulaire aigu oui non ALLERGIES Asthme Alimentaires Médicamenteuses récisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir: Médicamenteuses RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS rdiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, opération, et les précautions à rendre oui non récisez oui non non récisez PRATIQUE DE SPORT J'atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport. e soussigné responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ette fiche. gnatures Rougeole oui non Rhumatisme articulaire aigu oui non Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicamenteuses Médicame				·						
Rhumatisme articulaire aigu oui non ALLERGIES Asthme Alimentaires Médicamenteuses récisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir: RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, opération, et les précautions à rendre. Fotre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires : oui non récisez. PRATIQUE DE SPORT J'atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport. Es soussigné responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ette fiche. Renatures	Varicelle	⊔ oui	⊔ non	Oreillons	⊔ oui	⊔ non	Otite		⊔ oui	⊔ non
ALLERGIES	Angine	□ oui	□ non	Rougeole	☐ oui	□ non				
récisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:	Rhumatisme a	articulaire	aigu [□ oui □ non						
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, opération, et les précautions à arendre	ALLERGIES	☐ Asth	me	☐ Alimentaire	es	□м	1édicame	enteuses		
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, opération, et les précautions à arendre	rácicoz la cauc	o do l'allo	rgio et la	conduito à tonir:						
rendre	recisez la caus	e de l'alle	ingle et la	conduite a term	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••••••	•••••	•••••
rendre			•••••							
rendre	RECOMMA	NDATION	NS UTILES	DES PARENTS						
rendre	ndiguez ci-anrà	àc loc diffi	cultás da	santé (maladie, accid	ont crico	convulsive	náration	ot los n	rácaution	nc à
/otre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires : □ oui □ non récisez										
PRATIQUE DE SPORT J'atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport. e soussigné responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ette fiche. gnatures										
PRATIQUE DE SPORT J'atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport. e soussigné responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ette fiche. gnatures	otre enfant no	rta das lu	inattas d	es prothèses auditive	s des nro	thàcac danta	iros · 🗖 .	oui 🗆	non	
PRATIQUE DE SPORT J'atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport. e soussigné responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ette fiche. gnatures	·			·	•					
J'atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport. e soussigné responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ette fiche. gnatures	récisez						•••••			
e soussigné responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ette fiche. gnatures	PRATIQUE	DE SPOR	Т							
e soussigné responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ette fiche. gnatures		مم میرام ان	s do sont	ro indication à la prat	مرياله مرية	coart				
ette fiche. gnatures	•			·	•	•				
gnatures	_			responsable légal	de l'enfa	nt déclare ex	acts les r	enseigne	ments po	ortés sur
	ette fiche.									
NEE SCOLAIRE Date SIGNATURE ANNEE SCOLAIRE Date Signature	gnatures_									
	NEE SCOLAIRE	Date		SIGNATURF	ΔΝΝΙ	FE SCOLAIRF	Date	,	Sianat	ure
	000E/ II/L						2410		2.9	-
					_					