

FICHE SANITAIRE 2024-2025 (une pour chaque enfant)

☐ **L'ENFANT** : Nom : Prénom : Date de Naissance :

☐ Garçon

☐ Fille

Médecin traitant : Téléphone :

☐ **VACCINATIONS** : remplir le tableau ou donner photocopies du carnet de santé

	Oui	Non	Date dernier rappel		Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie				BCG			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				ROR			
OU DT Polio				Coqueluche			
OU Tétracoq				Autre			

☐ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

➡ 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 Scarlatine ☐ oui ☐ non

Varicelle ☐ oui ☐ non Oreillons ☐ oui ☐ non Otite ☐ oui ☐ non

Angine ☐ oui ☐ non Rougeole ☐ oui ☐ non

Rhumatisme articulaire aigu ☐ oui ☐ non

☐ **ALLERGIES** ☐ Asthme ☐ Alimentaires ☐ Médicamenteuses

Précisez 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 prendre)

Votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires : ☐ oui ☐ non

Précisez:

☐ **PRATIQUE DE SPORT**

☐ J'atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport.

Je soussigné responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Le :

Signature des responsables légaux :