



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT</h1>

L'ENFANT	
NOM:	
PRENOM:	
Date naissance:	

Personnes à contacter en cas d'urgence			
Nom:	Prénom:	Lien de parenté:	Numéros:
Nom:	Prénom:	Lien de parenté:	Numéros:
Nom:	Prénom:	Lien de parenté:	Numéros:

1- VACCINATION: Joindre obligatoirement la photocopie des vaccins

Infos: la vaccination obligatoire est le DT polio contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Si l'enfant n'a pas ce vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication médicale)

2-RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

ALLERGIES (nous fournir le PAI si nécessaire)

Asthme. Précisez la cause et la conduite à tenir

.....

Allergies Alimentaires. Précisez la cause et la conduite à tenir

.....

Allergies Médicamenteuses. Précisez la cause et la conduite à tenir

.....

Autres. Précisez la cause et la conduite à tenir

.....

3-AUTRES INFORMATIONS sur sa santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...en précisant les précautions à prendre). En cas de traitement médical, joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

.....

.....

.....

4-Le médecin traitant

Nom: Prénom: Commune/ Ville:

Tél:

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant cité ci-dessus, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date: **Signature obligatoire:**