

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

L'ENFANT		Personnes à contacter en cas d'urgence			
NOM:		Nom:	Prénom:	Lien de parenté:	Numéros:
PRENOM:		Nom:	Prénom:	Lien de parenté:	Numéros:
Date naissance:		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.

.....

.....

.....

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: