



FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

CETTE FICHE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉE. ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS NECESSAIRES A L'ACCUEIL DE CHAQUE ENFANT.

(Compléter une fiche par enfant - Pour toute inscription à une activité, joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication.)

INFORMATIONS SANITAIRES

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M F

Nom et prénom des parents de l'enfant : Père: _____ Mère: _____

1 - NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____

☎ ____/____/____/____/____

2 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES (copie du carnet de santé de l'enfant) :

Antidiphtérique oui non

Antitétanique oui non

Antipoliomyélitique oui non

3-VACCINATIONS RECOMMANDEES*:

Hépatite B oui non

Rougeole oreillons rubéole oui non

Coqueluche oui non

BCG oui non

Autres vaccins : _____



**Tous ces vaccins sont obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, à l'exception du BCG.*

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT :

Votre enfant est allergique ? oui non

Préciser l'allergie :

Médicamenteuse _____ Asthme _____

Alimentaire _____ Autre _____

Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui non

- si oui, transmettre le protocole au Service Concerné (École, crèche, accueil de loisirs...)

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) :

Votre enfant porte t-il des lunettes lentilles de contact appareil dentaire prothèses auditives
autre (précisez) _____

5 - ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP :

Votre enfant a t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui non

- si oui, la notification prévoit-elle un Auxiliaire de Vie Scolaire ?

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ? oui non

si oui, lequel ? _____

Date et Signature du (des) parent(s) ou tuteurs légaux,

Le, _____