

## FICHE SANITAIRE

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....Lieu de naissance : .....

Classe en 2020/2021 : .....



### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant : ..... Adresse : .....

Téléphone : .....

Groupe sanguin : .....

ALLERGIES ALIMENTAIRES	ALLERGIES MEDICAMENTEUSES et ASTHME

Conduite à tenir : .....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant a -t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individuel) :    oui    non

En cas de traitement médical, merci de joindre une copie de l'ordonnance ainsi que les boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec les noms et prénoms des enfants.

En aucun les médicaments devront rester dans les sacs des enfants et devront être remis aux adultes dès leur entrée dans l'école.

Traitement médical	Difficulté de santé	Recommandations utiles des parents

Angine <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>
Rhumatisme <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>
Rubéole <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>

Joindre une photocopie du carnet de vaccination de votre enfant . (Ne pas oublier d'annoter le nom et prénom de votre enfant sur les photocopies).

VACCINS	FAIT LE	COMMENTAIRE
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
OU DT polio		
OU Tétra coque		
BCG		
Hépatite B		
ROR		
Coqueluche		
Pneumocoque		
Méningite		

### **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

<input type="checkbox"/> PORT DE LUNETTES	<input type="checkbox"/> PORT DE LENTILLES	<input type="checkbox"/> PORT DE PROTHESE AUDITIVE
<input type="checkbox"/> PORT DE PROTHESE DENTAIRE	<input type="checkbox"/> AUTRES :	

Je ( Nous) soussigné(s) , M ..... Responsable(s) légal(ux) de l'enfant ..... certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche sanitaire.



Fait à ..... Le .....  
Signature