

**CETTE FICHE SANITAIRE DOIT IMPÉRATIVEMENT NOUS ÊTRE
RETOURNÉE DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE**

☆ **IDENTITÉ DE L'ENFANT**

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

☆ **VACCINATIONS (partie à remplir obligatoirement)**

VACCINS OBLIGATOIRES <u>OU</u> RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			FOURNIR PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTÉ
Tétanos			
Poliomyélite			
<u>ou</u> DT Polio			
<u>ou</u> Tétracoq			
<u>ou</u> BCG			

**SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE
UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

☆ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

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**) et **Projet d'Accueil Individualisé** si traitement de **longue durée**.

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

Allergies :

Asthme

oui

non

Allergies alimentaires

oui

non

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EN CAS D'ALLERGIE FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....