

Fiche sanitaire 2018-2019

❖ Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Age :

Garçon Fille



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les temps d'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin de l'accueil.

❖ Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole.Oreillon. Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les **vaccins obligatoires** joindre **un certificat médical de contre-indication**

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

❖ Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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, marqués le nom de l'enfant avec la notice).

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Varicelle oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Angine oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Rhumatisme – Articulaire Aigüe oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Scarlatine oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
Coqueluche oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Otite oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Rougeole oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Oreillons oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuse oui non

Alimentaire oui non Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler, sinon joindre une autorisation signée permettant aux animateurs d'administrer le médicament)

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

❖ **Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

❖ **Responsable de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse

.....

Tél. Fixe (et portable), domicile : Bureau :

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale..., rendues nécessaires pour l'enfant.

Date :

Signature :

Coordonnées de l'organisateur

**La MASC
Centre social AGORA
Route du Havre
76890 Tôtes
02.35.34.63.75**

OBSERVATIONS