



**FICHE SANITAIRE**

N° 10008\*02

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant.  
Elle évite de vous démunir du carnet de santé

① **ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

date de naissance : .....

Garçon :       Fille :

Adresse : .....

.....

② **MÉDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone : .....

③ **VACCINATIONS (se referez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Pentacoq <b>ou</b>		Hépatite B	
Tetracoq <b>ou</b>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Autre :		Coqueluche	
		Autres (préciser)	
BCG			
Test tuberculinique :			
négatif <input type="checkbox"/>	positif <input type="checkbox"/>		

④ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin**

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**

ASTHME                    oui     non                     MÉDICAMENTEUSES oui     non   
ALIMENTAIRES        oui     non                     AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

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

**⑤ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc....

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

---

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le  
responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical,  
hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature : .....