



FICHE SANITAIRE

ACTIVITE :

PERIODE :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance : à

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle : N°

VACCINS OBLIGATOIRES : antipoliomyélitique - antidiphtérique - antitétanique - anticoquelucheuse

Copie des pages de vaccinations jointe au dossier				OUI	NON
<u>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</u>					
Rubéole	OUI	NON	Coqueluche	OUI	NON
Varicelle	OUI	NON	Otites	OUI	NON
Angines	OUI	NON	Asthme	OUI	NON
Rhumatismes	OUI	NON	Rougeole	OUI	NON
Scarlatines (infection bactérienne)	OUI	NON	Oreillons (maladie virale des glandes salivaires)	OUI	NON

- Indiquez les antécédents médicaux (maladies, accidents, allergies, opérations, hospitalisations, etc) en précisant les dates :
.....
.....

En cas d'allergies précisez à quoi, et la conduite à tenir :

Suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, précisez lequel :

Indications, contre-indications, recommandations particulières :

Nom du médecin traitant : Dr..... Numéro de téléphone :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Je soussigné(e) déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du mineur dont je suis le tuteur.

DATE : SIGNATURE :