

Fiche Sanitaire : (Une par enfant)

Nom et Prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Poids : _____ Taille : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM PRENOM	NUMERO DE TELEPHONE(S)	LIEN DE PARENTÉ

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

N° Sécurité Sociale de l'enfant : _____

L'enfant est-il en situation de handicap : oui non Bénéficie-t-il de l'AEEH ? oui non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

VACCINATIONS Fournir une copie du carnet de santé

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

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

RUBEOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE
 COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES : ASTHME MEDICAMENTEUSE ALIMENTAIRES

Précisez l'allergie et la conduite à tenir

Repas spéciaux : OUI NON

Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il un P.A.I (plan d'accueil individualisé) : OUI NON

Si oui, joindre une copie du protocole et/ou ordonnance (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Merci de prendre également contact avec la direction, un rendez-vous sera alors fixé afin de proposer le meilleur accueil possible à votre enfant.

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, de prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez

Fait à _____ le _____

Signature du/des représentant(s) légal/légaux :