

# FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE



## 2022 / 2023

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé. Une copie du carnet de vaccinations doit être fourni.

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

sexe :  Masculin  Féminin

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

Vaccins obligatoires	no	oui	Dernier rappel	Vaccins obligatoires	no	oui	Dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B*			
Tétanos				Méningocoque *			
Poliomyélite				Pneumocoque*			
OU D.T.Polio				Rougeole*			
Coqueluche *				Rubéole*			
Haemophilus influenzae b*				Oreillons*			

\*Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

## Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine, avec la notice, et marquée au nom de l'enfant).

**ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

.....  
.....

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies :

Médicamenteuses :  oui  non      Alimentaires :  oui  non      Autres (précisez) :  oui  non

Précisez le déclencheur de l'allergie et la conduite à tenir (**PAI OBLIGATOIRE s'il existe**) :

### Recommandations utiles :

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....

Si votre enfant est porteur d'un handicap, merci de préciser lequel ainsi que les recommandations particulières :

Si votre enfant est porteur d'un handicap, fait-il l'objet d'une reconnaissance auprès de la MDPH ?  
 oui       non

Y-at-il des attentions particulières, concernant l'enfant, que vous souhaitez transmettre au directeur.trice du centre ?

### Responsable légal :

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Tel domicile :..... Tel portable :..... Tel travail :.....

Nom du médecin traitant : .....

Tel cabinet : .....

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_