

# FICHE SANITAIRE

NOM : ..... PRENOM : ..... ECOLE : ..... CLASSE : .....

TELEPHONE MERE : ..... TELEPHONE PERE : .....

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

<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

## VACCINATIONS DE L'ENFANT

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations, ou joindre copie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT Polio				BCG	
<b>OU</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication  
**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

## PERSONNES (autres que les parents) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

(1) NOM : ..... ☎ .....  
(2) NOM : ..... ☎ .....

**REGIME ALIMENTAIRE :**  Végétarien  Aucun  
**PAI périscolaire :**  Alimentaire  Non alimentaire  
**ALLERGIES :** Asthme : **OUI**  **NON**  Médicamenteuses : **OUI**  **NON**   
Alimentaire : **OUI**  **NON**  Autres : .....

## PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE

.....  
.....

**INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires etc ...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
.....

## AUTORISATIONS :

**Droit de Sortie** : - J'autorise mon enfant à rentrer seul après le **périscolaire** à partir de ..... :  
**OUI**  **NON**

**Droit de Sortie** : - J'autorise mon enfant à rentrer seul après le **centre de loisirs** à partir de ..... :  
**OUI**  **NON**

**Droit à dégustation** : - J'autorise mon enfant, à déguster les préparations faites pendant les ateliers culinaires :  
**OUI**  **NON**

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et atteste avoir pris connaissance du règlement.

**DATE :** ..... **SIGNATURE :** .....