

## FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

**Enfant** : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Classe fréquentée en septembre 2018: \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir en cas d'urgence** :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir en cas d'urgence** :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant à prévenir en cas d'accident** :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Hospitalisation:**  Centre Hospitalier Universitaire  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Vaccination** : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DT Polio **ou**  Tétracoq \_\_\_\_\_ Dates des derniers rappels : \_\_\_\_\_

BCG \_\_\_\_\_ Dates des derniers rappels : \_\_\_\_\_

Autres (Hépatites, ROR, Coqueluche,...) : \_\_\_\_\_

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.)

Maladies chroniques : asthme, convulsions, diabète, autre (précisez) \_\_\_\_\_

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autre (précisez) \_\_\_\_\_

L'enfant suit un régime alimentaire (sur certificat médical). Précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant suit un traitement médical. Précisez : \_\_\_\_\_

Recommandations et autres difficultés de santé (accident, crise convulsive, opération, rééducation...) :

**Précautions à prendre** :

Port de lunettes  Port de lentilles de contact  Port d'un appareil dentaire

Port de prothèses auditives  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), Mme / M \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les agents des services municipaux à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ..... le ..... Signature