

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

I) ENFANT

NOM : Prénom :
Date de naissance : Sexe (cocher la case) : M F

II) RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable 1 : Père Mère Tuteur
NOM : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail :

Responsable 2 : Père Mère Tuteur
NOM : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail :

III) CAS D'URGENCE

Nom du médecin traitant : Téléphone :
Personne à contacter en cas d'absence des parents (OBLIGATOIRE) :
NOM : Prénom :
Lien de parenté : Téléphone :

IV) VACCINATIONS

Joindre obligatoirement les photocopies des vaccins à jour de l'enfant. Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité.

V) RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Rayez les mentions inutiles :
L'enfant a-t-il un PAI établi avec le Service Education de la Ville d'Epernay ? OUI NON
L'enfant suit-il un traitement : OUI NON
Si oui, lequel :

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine avec le nom de l'enfant dessus et avec la notice. Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole :	OUI NON	Coqueluche :	OUI NON	Varicelle :	OUI NON
Otite :	OUI NON	Angine :	OUI NON	Rougeole :	OUI NON
Scarlatine :	OUI NON	Oreillons :	OUI NON		

L'enfant souffre-t-il :
- d'allergies asthmatiques : OUI NON - d'allergies médicamenteuses : OUI NON
- d'allergies alimentaires : OUI NON - d'allergies au maquillage : OUI NON

Précisez les allergies.....
.....
.....

Régime alimentaire spécifique : OUI NON
Entourez le régime : Sans porc Etabli avec un PAI

Précisez ci-après les difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, opération, hospitalisation, crise convulsive, rééducation...) en précisant les précautions à prendre :.....
.....
.....

IV) RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, prothèse auditive, prothèse dentaire, précisez
.....
.....

Votre enfant mouille-t-il son lit : OUI NON OCCASIONNELLEMENT
S'il s'agit d'une fille est-elle réglée : OUI NON

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date : Signature :