



FICHE SANITAIRE



NOM : _____ PRÉNOM (Enfant) : _____

TÉLÉPHONE (PARENTS) : _____ / _____

Faire remplir le tableau par le médecin traitant ET Joindre obligatoirement une copie des vaccins

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				ROR Rubéole-Oreillons Rougeole	
L'enfant suit-il un traitement nécessitant la prise de médicament ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>*Si oui, joindre une ordonnance récente prescrivant les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance, il n'a pas le droit d'en avoir avec lui ou d'en prendre seul !</i>				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	
				Cachet + signature du médecin traitant	

Médecin traitant : _____

Téléphone : _____

Restrictions alimentaires / allergies / maladies :

Porc Bœuf Cabri Œuf Crustacé Gluten Lait Champignon

Autres : _____ Allergies : _____ Maladies : _____

Recommandations utiles des parents :

Port des lunettes/lentilles Appareil dentaire Appareil Auditif Enurésie nocturne

Trouble du comportement en sommeil Autre : _____

AUTORISATION EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné(e) Mr ou Mme : _____

Responsable légal(e) de l'enfant : _____

Autorise le responsable de l'ACM à prendre toutes les mesures qui s'imposent en cas d'accident survenu pendant l'accueil. OUI NON

Fait le :

Signature :