

# FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

ANNÉE SCOLAIRE 20...../20.....

CETTE FICHE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉE. ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS NECESSAIRES A L'ACCUEIL DE CHAQUE ENFANT.

(Compléter une fiche par enfant – Pour toute inscription à une activité, joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication.)

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe : M  F

Nom et prénom des parents de l'enfant : Père : \_\_\_\_\_ Mère : \_\_\_\_\_

1 – NOM DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES (copie du carnet de santé de l'enfant) :

Antidiphthérique                      oui  non

Antitétanique                          oui  non

Antipoliomyélitique                  oui  non

3-VACCINATIONS RECOMMANDEES\*:

Hépatite B                                oui  non

Rougeole oreillons rubéole        oui  non

Autres vaccins : \_\_\_\_\_

Coqueluche                              oui  non

BCG                                        oui  non



*\*Tous ces vaccins sont obligatoires pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, à l'exception du BCG.*

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT :

Votre enfant est allergique ?    oui  non

Préciser l'allergie :

Médicamenteuse  \_\_\_\_\_ Asthme  \_\_\_\_\_

Alimentaire  \_\_\_\_\_ Autre  \_\_\_\_\_

Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui  non

- si oui, transmettre le protocole au Service Concerné (École, crèche, accueil de loisirs...)

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière, maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) :

Votre enfant porte t-il des lunettes  lentilles de contact  appareil dentaire  prothèses auditives   
autre(précisez) \_\_\_\_\_

5 – ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP :

Votre enfant a t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui  non

- si oui, la notification prévoit-elle un Auxiliaire de Vie Scolaire ?

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ? oui  non

si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Date et Signature du (des) parent(s) ou tuteurs légaux,