



## FICHE SANITAIRE

### ENFANT :

NOM: ..... Prénom : .....

Sexe : masculin  féminin

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

### PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

- .....

- .....

### **1. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI ou NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT polio			Autres (préciser)	
Ou Trétracoq				
BCG				

Joindre un certificat de contre indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

**Attention :** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### **2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.**

L'enfant suit-il un traitement ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**3. ALLERGIES :**

ASTHME                    oui  non                     MEDICAMENTEUSES    oui  non   
ALIMENTAIRES    oui  non                     AUTRES (préciser) : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....  
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre :**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS.**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....  
.....  
.....

**5. MEDECIN TRAITANT :**

Nom du médecin..... Téléphone :.....

Je soussigné (e)            Madame.....  
   Monsieur.....

Représentant(s) légal(aux),  
Déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(nt) les services municipaux encadrant mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à rembourser les frais.

A Nuillé sur Vicoin, le .....

Signature des deux parents ou représentant légal

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser directement à la mairie de NUILLÉ SUR VICOIN.*